

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

171

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 26 Janvier 1899, à 1 heure

PAR

Marcel MASSON

Né à Courson (Yonne) le 4 Novembre 1874

HYSTÉRECTOMIES

VAGINALE ET ABDOMINALE

DANS LE

Traitement des Suppurations pelviennes; Indications

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. DIEULAFOY, professeur.

ALBARRAN et ACHARD, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimerie de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

171

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 26 Janvier 1899, à 1 heure

PAR

Marcel MASSON

Né à Courson (Yonne) le 4 Novembre 1874

HYSTÉRECTOMIES

VAGINALE ET ABDOMINALE

DANS LE

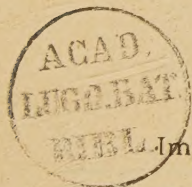
Traitement des Suppurations pelviennes; Indications

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. DIEULAFOY, professeur.

ALBARRAN et ACHARD, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimerie de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. HENRI ARNAUD
Professeurs	MM.
Anatomie	FAKABER, E.
Physiologie	CH. RICHET, T.
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD, D.
Pathologie médicale	HOTTELIER
Pathologie chirurgicale	DEBOYE
Anatomie pathologique	LANNERONQUE
Histologie	CORNIL
Opérations et appareils	MARIE-LOVAL
Matière médicale et Pharmacologie	TERMIER
Thérapeutique	FOUCHET
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUS
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARD
Pathologie expérimentale et comparée	LAROUSSE
	CHANTRESE
	POTAIN
Clinique médicale	JACCOUD
	HAYEM
	DEULAFOY
	GRANCHER
Maladies des enfants	JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER
Clinique des maladies syphilitiques	RAYMOND
Clinique des maladies nerveuses	BERGER
Clinique chirurgicale	DUPLAY
	LE DENTU
	TILLAUX
Clinique ophthalmologique	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchement	N
	PINARD

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS	REITTERER.
ALBARRAN	HARTMANN.	RICARD
ANDRE.	HEIM.	ROGER
BAR.	LEJARS.	SEBILÉAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERY
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER	WEISS
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILLES DE LA TOURETTE.	trav. anatomiques	WURTE

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur J. Massot

Avocat

Ancien Maire d'Auxerre

Ancien Conseiller Général

C'est à l'homme éminent, au doyen
vénéré de la ville d'Auxerre, que je dédie
ma thèse. Qu'il me permette de la placer
sous son haut patronage.

A mon Oncle, le Colonel Dantin

Ancien chef d'Etat-Major du 11^e corps d'armée
Commandeur de la Légion d'honneur

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A mes Maîtres

De la Faculté et des Hôpitaux de Paris

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

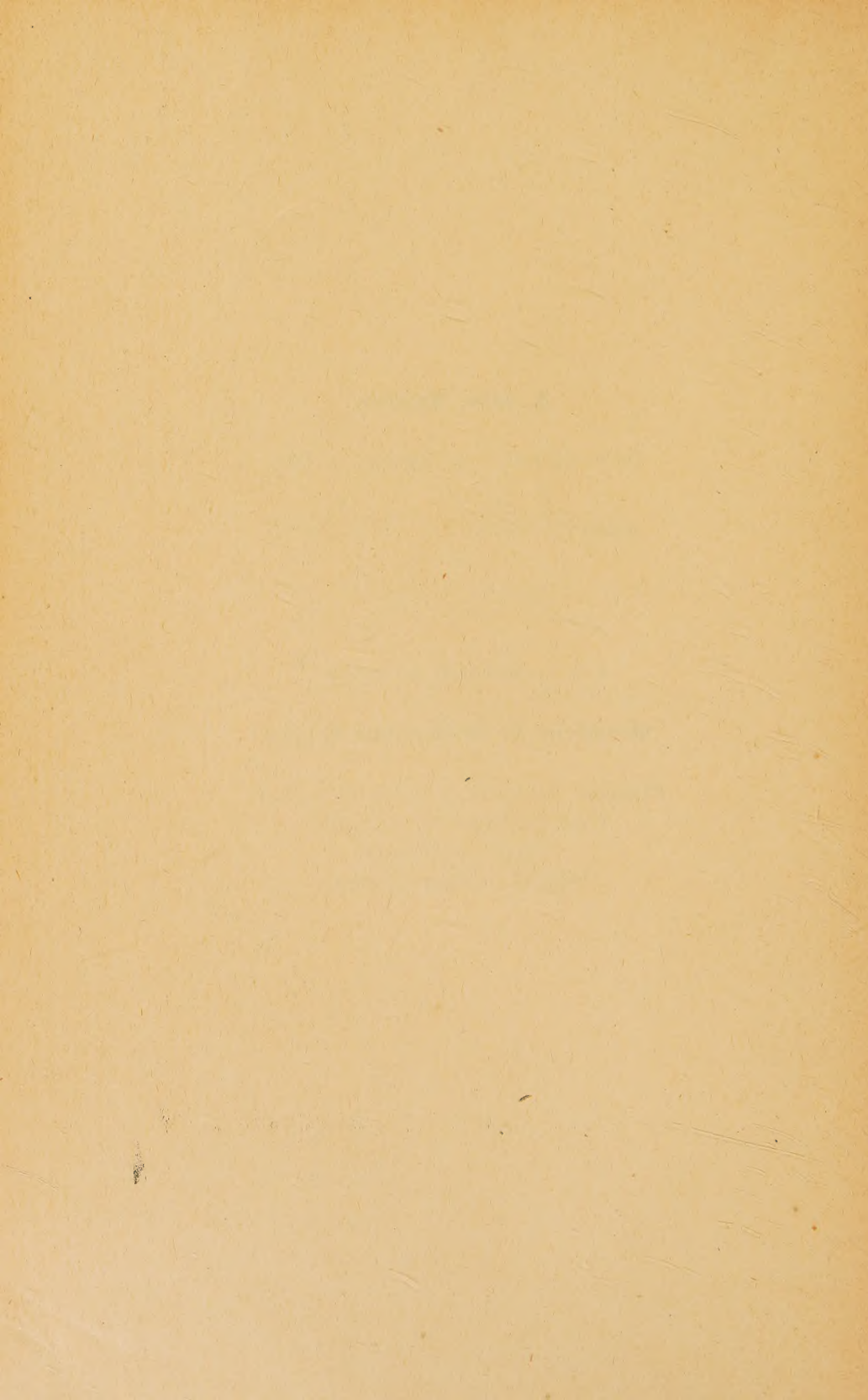
Monsieur le Professeur Guyon

Professeur de clinique à la Faculté de Paris

Membre de l'Académie de médecine

Membre de l'Institut

Officier de la Légion d'Honneur



AVANT-PROPOS

C'est par des paroles de reconnaissance que nous voulons commencer ce travail. Nous croirions manquer à tous nos devoirs si nous n'adressions ici un remerciement public aux maîtres bienveillants, aux professeurs éminents qui, pendant nos années d'études, nous ont admis à l'honneur d'être leur élève et patiemment nous ont inculqué une parcelle de leur science.

C'est d'abord M. Reynier, qui, dès le début de nos études, nous accueillit, avec sa cordialité habituelle, dans ses salles de chirurgie et nous enseigna les premiers principes de son art difficile.

C'est ensuite M. Walther qui nous montra ce que le chirurgien actuel peut tenter; MM. Martin et Comby, qui nous enseignèrent l'un la pathologie de l'enfant, l'autre celle de l'adulte.

Saluons ici la mémoire d'un maître vénéré, M. Hanot, qui, par sa science profonde et sa bonté inépuisable, savait au plus haut degré s'attacher le cœur de ses élèves. Combien nous regrettons de ne pouvoir lui affirmer notre profonde reconnaissance.

Puis ce sont M. le professeur Pinard et M. Porak qui nous enseignèrent l'obstétrique, M. le professeur Fournier, dont nous avons suivi les leçons avec tant d'intérêt, M. Gouguenheim qui nous apprit un peu de son art spécial.

Enfin, c'est notre dernier maître, M. Legueu, qui, avec sa bienveillance naturelle, s'est efforcé, dans ses leçons toujours si attachantes et si pleines d'intérêt, de classer dans notre esprit ses vues si claires sur la pathologie externe. Nous saisissons avec empressement l'occasion de lui dire que nous sentons tout le prix d'un enseignement tel que le sien. C'est lui qui a suscité le choix de cette thèse en nous donnant les observations de ses malades et ce sont les idées que nous lui avons bien souvent entendu émettre que nous nous sommes efforcé de rapporter ici.

Qu'il nous soit permis, en terminant, de remercier M. le professeur Guyon, qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous lui en témoignons notre vive reconnaissance.



Aperçu historique

Deux voies s'offrent au chirurgien pour aborder les suppurations pelviennes : la voie vaginale et la voie sus-pubienne.

Nous allons rapidement passer en revue les diverses interventions que la chirurgie a successivement réalisées par chacune de ces deux voies.



Voie Vaginale

Il y a longtemps que les chirurgiens pratiquent la colpotomie pour les collections basses qui viennent bomber dans les culs-de-sac vaginaux.

Au commencement du siècle, nous voyons Récamier ériger en principe l'incision large dès qu'on constate dans le cul-de-sac postérieur une fluctuation nette. Chassaignac, quoique partisan de l'intervention, est moins osé, il recommande la ponction suivie du drainage de la poche. Nonat, Dumarquay, imaginent des trocars spéciaux.

Mais, en somme, les progrès sont peu sensibles ; certains chirurgiens préconisent l'incision vaginale et vantent son efficacité ; à côté de ceux-ci, d'autres recommandent une prudente abstention, lorsqu'en 1886, Laroyenne (de Lyon), s'appuyant sur les résultats qu'il a obtenus, pose nettement les indications de la méthode, en donne les règles, et crée à cet effet une instrumentation spéciale.

En 1890, M. Bouilly (1) se déclare partisan de la

(1) Bull. et mém. de la Soc. de Chir., 2 et 9 juillet 1890.

colpotomie et délimite les cas auxquels, selon lui, elle est applicable. En 1892, M. Le Dentu (1) publie une revue dans laquelle il approuve l'opération de Laroyenne et en donne les indications. Au Congrès français de chirurgie, MM. Terrier et Segond se rallient également à la colpotomie. Au Congrès de Bruxelles de 1894, Goullioud, élève de Laroyenne, défend la pratique de son maître. Sneguireff, Goubarow, Madden en sont également partisans. Au Congrès de Genève de 1896, M. Bouilly de nouveau vient faire savoir qu'il pratique toujours par le vagin le drainage des poches pelviennes basses, et qu'il en obtient des résultats satisfaisants.

Cependant l'extension prise par les grandes opérations abdominales, filles ou sœurs de la colpotomie, semblait en avoir singulièrement restreint les indications, lorsque, cette année même, M. Monod (2) soulève de nouveau la question de l'incision vaginale et cette fois avec des indications beaucoup plus étendues, puisqu'il intitule sa communication : « Sur le traitement des salpingites suppurées par l'incision vaginale. » La discussion est vive et les avis partagés. M. Routier se déclare de l'avis de M. Monod. MM. Tuffier et Chaput restreignent déjà les

(1) Le Dentu, Gazette des hôpitaux, 27 février 1892.

(2) Bul. et mém. de la Soc. de Chir., 1898, séances du 4 mai et suivantes.

indications. Mais tous les autres refusent d'aller, comme le fait M. Monod, chercher dans la profondeur les collections purulentes, et de les ouvrir ou de les ponctionner. Pour la grande majorité des chirurgiens, les indications de la colpotomie sont excessivement restreintes et M. Potherat résume les diverses communications quand il termine en disant de l'incision vaginale : « Opération d'attente ou d'urgence, en tout cas de nécessité. »

*
* *

De la colpotomie était née une autre opération, celle-là plus complète, et qui grâce à ses brillants résultats fit rapidement son chemin dans le monde chirurgical européen ; nous voulons parler de l'hystérectomie vaginale.

C'est le 12 décembre 1887, que, de propos délibéré, pour des lésions bilatérales des annexes préablement diagnostiquées, Péan fit l'hystérectomie vaginale que depuis six ans il pratiquait dans les cas de cancer ou de fibrome.

En 1890, il a déjà 60 observations sans une mort. Malgré ces brillants résultats, Péan n'a pas d'imitateurs, et ses communications au Congrès de Berlin et à l'Académie de médecine n'ont pas plus d'écho en France qu'à l'étranger.

C'est M. Segond qui devait être le champion de la méthode; ayant eu l'occasion de voir Péan pratiquer devant lui son hystérectomie vaginale, il est frappé de la simplicité de cette opération, et, le 9 août 1890, il fait lui-même sa première hystérectomie vaginale.

Quelques mois plus tard, il communique à la Société de Chirurgie (1) le résultat de ses 23 premières opérations (17 pour suppurations et 6 pour lésions non suppurées des annexes avec 4 morts).

Cependant si la méthode de Péan commence à compter des adeptes, beaucoup lui sont encore hostiles. MM. Reclus et Nélaton acceptent l'opération dans tous les cas. MM. Bouilly, Lucas-Championnière, Richelot, Terrillon, Routier, Bazy, Reynier concèdent que l'hystérectomie vaginale est l'opération de choix dans les suppurations graves caractérisées par l'enclavement de l'utérus au sein des poches purulentes multiples. M. Terrier admet qu'on fasse l'hystérectomie vaginale dans les cas de pyosalpinx énucléables, bien que personnellement il préfère la laparotomie. M. Pozzi combat l'opération.

Quelques mois plus tard, M. Quénu (2) propose le procédé de Müller qui le satisfait mieux que celui de Péan.

En 1892, l'opération de Péan rallie tous les suffra-

(1) Bull. et mém. de la Soc. de chir., 1891, 23 février.

(2) Bull. et mém. de la Soc. de chir., 1891, p. 640.

ges. Au congrès français de chirurgie, M. Routier se déclare partisan de l'hystérectomie vaginale. M. Pozzi (1), dans son traité de gynécologie, admet, que, dans les cas de suppuration diffuse ou dans les cas d'adhérences multiples, l'hystérectomie vaginale est l'opération de choix.

En Belgique, Jacobs (2), Rouffart (3), Rochet (4), Debaisieux (5), Iversen (6) à Copenhague, Treub (7) en Hollande, Inverardi (8), Bastianelli (9), Acconci (10), Ruggi (11) en Italie, Landau (12) en Allemagne, publient de remarquables succès.

C'est alors que le 13 septembre 1892 s'ouvre le Congrès de Bruxelles ; Péan vient y communiquer sa statistique qui compte 150 cas, tous pour suppurations graves avec une seule mort. A sa suite, Segond,

(1) S. Pozzi, *Traité de gynécologie*, 2^e édition, p. 700.

(2) Jacobs. *Bull. de la Soc. belge de gyn.*, 1891, n^{os} 4 et 7.

(3) Rouffart. *La Clinique*. Bruxelles, 1891, p. 774, 1892, p. 49.

(4) Rochet. *Bull. de la Soc. belge de gyn.*, 1891, t. II, p. 136 et 161.

(5) Debaisieux. *Presse médicale belge*, 1891, p. 766.

(6) Iversen. *Deutsch. med. Woch.* 1892, n^{os} 40, 46 et 48.

(7) W. N. Hartmann. *Dissertation inaugurale*. Leyden. 1892.

(8) Inverardi. *Lo Sperimentale*. 1892, n^o 6.

(9) Bastianelli. *La Rif. méd.* 1892, n^o 208.

(10) Acconci. *Rendi conto clinico dell i gennaio al 30 nov.* 1892. Venise.

(11) Ruggi. *Bull. della Scienza med. di Bologna*, 1893, t. IV, série VII.

(12) Landau. *Arch. für gyn.* 1892, n^o 35.

Richelot, Doyen, Jacobs, Rouffart, Lauvers, Mangiagalli font connaître les résultats que leur a donnés l'opération que Péan vient de décrire.

Le Congrès de Bruxelles marque l'apogée de l'hystérectomie vaginale. Elle occupe désormais la première place et laisse bien loin derrière elle toutes les opérations qui visent le même but.

En 1893, Lafourcade (1) réunit 138 observations ; en 1894, Baudron (2), analyse les 200 premières hystérectomies pour lésions annexielles de M. Segond.

Mais si la grande majorité des chirurgiens sont de plus en plus convaincus de la supériorité de la voie vaginale, la méthode de Péan n'en commence pas moins à compter quelques défections. Et déjà nous voyons M. Reclus revenir à MM. Terrier et Pozzi qui défendent toujours la voie sus-pubienne.

Après avoir accepté l'hystérectomie vaginale comme opération de choix pour toutes les lésions utérines et annexielles, l'expérience aidant, on commence à tirer des conclusions et à poser des indications.

*
* *

Il est une autre opération que nous devons citer, mais dont nous ne parlerons que pour mémoire,

(1) Lafourcade. Thèse de Paris, 1893.

(2) Baudron. Thèse de Paris, 1894.

c'est la coélotomie vaginale ou laparotomie vaginale, qu'on a opposée à la laparotomie abdominale dans les cas de castration annexiellé unilatérale.

Gaillard Thomas (1) le premier pose les règles de l'extirpation des annexes par la voie vaginale. Cette méthode, il est vrai, après quelques insuccès fut abandonnée par son auteur. Byford (2) la reprit en 1888, et dans un mémoire intéressant il attira de nouveau l'attention sur l'utilité de l'incision vaginale postérieure pour extirper les petits kystes de l'ovaire et les petites salpingites.

En France, cette opération donnait des succès à Péan, Bouilly et Terrillon ; Picqué la défendait dans la thèse de son élève Bonnecaze (3), et Gottschalk (4) en Allemagne, s'en déclare partisan pour les ovarites suppurées, toutes les fois que le siège et les connexions de la tumeur le permettent. Plus récemment, Goullioud (5), Segond (6), Jaboulay (7) et Condamin (8) en ont encore montré les avantages.

Jusqu'alors, on se contentait, pour aborder et

(1) Gaillard Thomas. *Traité clin. des maladies des femmes*, Paris 1887, p. 681.

(2) Byford. *The Amer. J. of. obst.*, 1888, vol. XXI, p. 337.

(3) Bonnecaze. *Thèse de Paris*, 1889.

(4) Gottschalk. *Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 13, p. 26.

(5) Goullioud. *Lyon méd.*, 1893.

(6) Segond. *Cong. de chir.*, 1894.

(7) Jaboulay. *Prov. méd.*, oct. 1895.

(8) Condamin. *Gaz. hebdom.*, 1895, p. 339.

enlever les annexes malades, d'inciser le cul-de-sac postérieur ; à Dürrhsen (1) revient le mérite d'avoir montré tout le parti qu'on peut tirer de l'incision vaginale antérieure pour agir sur les annexes. M. Le Dentu (2) en France et Pichevin ont les premiers utilisé l'incision antérieure de Mackenrodt pour explorer et extirper les trompes et les ovaires.

Mais la possibilité de l'intervention est subordonnée à de telles conditions que les indications en sont très rares. Les lésions doivent avant tout être unilatérales, la trompe doit être petite, tombée dans le cul-de-sac postérieur, mobile ou peu adhérente, et facilement accessible. Toutes qualités rarement associées sur des annexes malades au point de nécessité l'extirpation.

Aussi M. Bouilly (3), à propos de la coeliotomie vaginale, conclut-il : « Pour qu'elle soit indiquée, elle doit être facile ».

(1) Dürrhsen. Sem. méd., 1894, p. 211.

(2) Pichevin. Congr. de gyn. de Bordeaux, 1895, et Sem. gyn., 1896, n° 20.

(3) Bouilly. Rapport au Congrès de Genève, 1896.



Voie sus-pubienne

Les premiers chirurgiens qui abordent les supurations du pelvis par la voie haute limitent leur intervention à la simple ponction ou à l'incision. De même qu'ils ouvrent les collections basses par le vagin, de même ils vont aux collections hautes qui occupent la fosse iliaque par le plus court chemin. Ils ponctionnent à travers la paroi abdominale ou font une incision sus-inguinale.

De cette méthode il ne reste plus guère aujourd'hui que le souvenir, et, les chirurgiens actuels, pour qui rien n'est impossible, n'oseraient plus à travers la paroi abdominale porter le trocart jusque dans une collection pelvienne.

*
* *

C'est le 11 février 1872, que pour la première fois Lawson Tait extirpa les annexes enflammées. En

1887, il publie sa statistique (1) qui comprend 63 opérations avec une seule mort (1,58 pour 100).

Mais si le chirurgien anglais a rapidement de nombreux imitateurs, aucun résultat n'est comparable au sien. Les 441 cas réunis par Montprofit (2) en 1888, sont grevés par 32 décès (7,25 pour 100).

En France, les chirurgiens ne sont pas plus heureux. M. Routier (3) a 2 mort sur 10 cas (20 pour 100), M. Richelot 3 morts sur 7 cas (42,85 pour 100), M. Terrier (4) 1 mort sur 8 cas (12,5 pour 100).

Plus favorisés sont MM. Lucas Championnière et Terrillon (5), le premier avec une seule mort sur 26 cas (3,84 pour 100), le second avec 2 morts sur 32 cas (6,25 pour 100).

De son côté, Martin (de Berlin), a 14 décès sur 77 cas, soit 18,87 pour 100. Il n'a pas lieu d'être beaucoup plus satisfait.

Il ne faut pas être trop surpris de ces premiers résultats, si l'on songe aux conditions dans lesquelles se faisait une laparotomie à cette époque. Les règles de l'antisepsie, il est vrai sont connues ; on en parle beaucoup, mais on les observe peu. Les chirurgiens ne sont pas encore familiarisés avec les mille détails

(1) Lawson Tait. *Britisch medical Journal*, avril 1887.

(2) Montprofit. Thèse de Paris, 1888.

(3) Routier. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.* 20 nov. 1888.

(4) Terrier. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.* 19 déc. 1888.

(5) Terrillon. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.* 26 déc. 1888.

de cette nouvelle technique ; et sous les apparences de la plus rigoureuse antisepsie, l'opérateur, l'opérée, les aides, les instruments, ne sont guère plus aseptiques qu'ils ne l'étaient dix ans plus tôt. C'est ainsi que sur les 7 opérées de M. Richelot, on a peine à le croire de nos jours, nous en voyons 2 mourir du tétanos.

La technique opératoire est aussi à son début, et une laparotomie à cette époque ne rappelle en rien l'opération d'aujourd'hui, méthodique, réglée. et surtout faite au grand jour. Nous avons vu, au début de nos études médicales, pratiquer la salpingectomie. La malade étendue horizontalement, le chirurgien, par une incision trop petite avec intention, introduit trois ou quatre doigts dans le petit bassin, et là, au milieu des anses intestinales, sans le secours de la vue, rompt les adhérences, ouvre les collections purulentes. Puis les annexes extirpées, à grand renfort d'éponges imbibées de solutions antiseptiques, il fait un lavage soigné du pelyis et de l'intestin. On comprend dans ces conditions la fréquence du choc et de la septicémie.

Mais deux facteurs importants viennent heureusement améliorer les résultats de la laparotomie.

C'est d'abord l'adoption de la position déclive de Trendelenburg. En 1890, en France, MM. Terrier et Delagenière commencèrent à employer systématiquement le plan incliné. Rapidement la méthode se

généralise et permet au chirurgien de voir ce qu'il fait.

Puis c'est la substitution de l'asepsie à l'antiseptie.

MM. Terrier et Hartmann voient en 1891 et 1892 leur mortalité s'abaisser de 17 à 5 pour 100. M. Hartmann, au Congrès de Genève, communique une statistique de 104 cas avec 4 morts (3,8 pour 100). M. Delbet sur 135 laparotomies n'a que 5 morts (3,7 pour 100). M. Pozzi sur 262 opérations à 7 morts (2,66 pour 100). Notre maître, M. Legueu, sur 50 laparotomies a 2 morts (4 pour 100). Jacobs réunissant les résultats communiqués au Congrès de Bruxelles (1) arrive à un total de 5,7 pour 100 ; et Bardenheuer (2) sur une statistique de 1626 laparotomies compte 92 morts, soit 5,59 pour 100.

Mais, si les résultats immédiats de la laparotomie peuvent dorénavant lutter avec ceux de l'hystérectomie vaginale, il n'en est pas de même des résultats éloignés. Un grand nombre des laparotomisées continuent à souffrir comme avant l'intervention. Pauchet (3) donne 64,5 pour 100 de guérisons durables. L'opération de Lawson Tait, améliorée au point de vue du résultat opératoire, est insuffisante au point de vue thérapeutique.

(1) Jacobs. *Annales de Gynéc.* 1894, p. 565.

(2) Bardenheuer. Cité par Bouilly. Congrès de Genève, 1896.

(3) Pauchet. Thèse de Paris, 1896.

*
* *

L'opération de Lawson Tait a besoin d'un correctif. Ce sont les chirurgiens américains qui vont lui donner le complément nécessaire. En effet, chose curieuse, l'opération de Péan, qui jouit, en Europe, d'une telle faveur, n'a pas traversé l'Atlantique. Pendant que les Français discutent sur les avantages des voies haute et basse, les Américains, décidés à s'en tenir à la première, cherchent à la perfectionner pour répondre à toutes les exigences.

Polk (de New-York) guérit par la castration utérine secondaire des malades qui n'avaient pas été soulagées par une castration annexielle antérieure. De là à la castration totale, il n'y a plus qu'un pas.

C'est en janvier 1892, que, pour des lésions suppurées des annexes, il fait sa première hystérectomie abdominale totale. L'observation est communiquée le 16 février de la même année (1).

L'année suivante, dans un mémoire présenté à la New-York obstétrical Society, le 3 octobre 1893, Polk fait connaître sa méthode et rapporte 7 opérations toutes suivies de guérison.

(1) Polk. — New-York, Journal of gyn. and obst., 1892, vol. III, n° 5.

Presque en même temps, le 5 octobre 1893, Baldy de Philadelphie annonce à la Philadelphia obstétrical Society, qu'il a fait deux fois l'hystérectomie à des femmes à qui on avait antérieurement enlevé les annexes, et six fois l'hystérectomie d'emblée pour des lésions annexielles.

L'opposition est d'abord assez vive. Seuls, Florian Krug et Harris Slocum acceptent l'opération de Polk et de Baldy.

En 1894, paraissent deux nouveaux mémoires, l'un dû à Baldy (2), qui possède 22 opérations toutes suivies de guérisons, l'autre à Pryor (2).

Des ce moment, la castration totale est acceptée en Amérique.

En France, c'est M. Delagenière (du Mans) qui pratique la première hystérectomie abdominale pour des lésions des annexes. En 1894, il fait à ce sujet sa première communication à la Société de Chirurgie (3) qu'il renouvelle au Congrès de Lyon (4) et cette fois avec 4 succès sur 4 cas. En mars 1895, il publie dans les archives provinciales de Chirurgie les détails de sa technique opératoire. Des lors il com-

(1) Baldy. — The american. Journal of obst., juillet 1894, page 28.

(2) Pryor. The american gyn. and obst. Journal, nov. 1894.

(3) Delagenière. Bull. et mém. de la Société de Chirurgie, 1894, page 157.

(4) Congrès de Chirurgie 2^e session, Lyon 1894.

mence à trouver des imitateurs ; ce sont tout d'abord MM. Terrier et Hartmann. Ce dernier ne tarde pas à généraliser la méthode et à l'appliquer systématiquement à tous les cas. La thèse de son élève Audiau (1) rapporte les observations de ses 13 premières hystérectomies abdominales totales pour inflammations des annexes (8 se rapportent à des lésions suppurées). Puis, c'est M. Richelot (2), qui, communiquant à la Société de Chirurgie son nouveau procédé d'hystérectomie abdominale, fait remarquer qu'il s'applique également aux suppurations pelviennes et aux tumeurs. La discussion qui s'ensuit nous apprend que plusieurs chirurgiens ont déjà fait l'hystérectomie par la voie haute pour les lésions annexielles suppurées. M. Reclus (3) a deux cas. M. Segond (4) en a 10 avec 2 morts. M. Hartmann (5) en a cette fois 18 (13 suppurés) sans une seule mort. Enfin M. Richelot (6) communique six cas pour suppurations également sans perte, appartenant à son ancien élève Pauchet.

(1) Audiau. Thèse de Paris 1897.

(2) Richelot. Bull. et mémoire de la Société de Chirurgie 1897, page 478.

(3) Reclus. Bull. et mémoire de la Société de Chirurgie 1897, page 518.

(4) Segond. Bull. et mém. de la Société de Chirurgie 1897, page 542.

(5) Hartmann. Bull. et mémoire de la Société de Chirurgie 1897, page 550.

(6) Richelot. Bull. et mémoire de la Société de Chirurgie 1897, page 634.

Un élève de M. Routier rapporte une observation de son maître (1).

Enfin, au Congrès français de 1897, les suppurations pelviennes étant à l'ordre du jour, Doyen (2) nous apprend qu'il est, lui aussi, partisan de la voie haute dans les suppurations graves et que sa pratique remonte déjà à plusieurs années ; Montprofit (3) rapporte 6 cas, tous suivis de guérison ; Jonnesco (4) (de Bucarest) en a 17 rien que pour lésions annexielles suppurées.

En 1898, à la Société de Chirurgie, à propos de la communication de M. Monod sur la colpotomie, les discussions qui suivent ne nous apportent pas de nouveaux faits, mais on sent que plusieurs chirurgiens, M. Le Dentu (5), en particulier, sont bien près de se rallier à l'hystérectomie par voie sus-pubienne.

Enfin, au dernier Congrès de Chirurgie, M. Faure présente un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale qu'il a expérimenté 8 fois sur des lésions suppurées ; et notre Maître, M. Legueu, communique le résultat de ses onze premières castrations abdominales, toutes pour suppurations annexielles. Ce sont ces onze observations qui font l'objet de cette thèse.

(1) Diriaut. Thèse de Paris, 1897.

(2) Doyen. Annales de gyn. déc. 1897, p. 531.

(3) Montprofit. Annales de gyn. déc. 1897, p. 539.

(4) Jonnesco. Annales de gyn. déc. 1897, p. 534.

(5) Le Dentu. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1898, p. 770.

Hystérectomie vaginale

Péan donne à son opération pour suppurations pelviennes le nom de « Castration utérine ». Au début ce sont seulement les annexites suppurées qu'il traite par l'hystérectomie vaginale. Cette opération n'est dans son esprit qu'un perfectionnement apporté à la colpotomie, c'est uniquement pour drainer largement la cavité pelvienne qu'il enlève l'utérus. L'ablation utérine est le point capital, celle des annexes restant tout à fait secondaire.

Voici du reste ce que dit à ce sujet M. Segond (1). Dans les cas de suppurations pelviennes graves, le morcellement de l'utérus constitue ordinairement toute l'intervention, « il réalise l'ouverture large et le drainage parfait de tous les foyers » (2). Ce serait compliquer et aggraver inutilement l'opération que de vouloir la faire plus complète; en effet, la recherche des annexes dans les cas de ce genre

(1) Baudron. Thèse de Paris, 1894.

(2) Segond. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1891, p. 170.

« serait très grave, très difficile, ou même tout à fait impossible ». On doit donc se borner à faire sauter la « bonde », et, suivant l'expression de M. Pozzi (1), l'hystérectomie est simplement « évacuatrice ».

S'il s'agit au contraire de salpingo-ovarites énucléables, le chirurgien doit s'efforcer d'en pratiquer l'ablation, mais, en tant que cette manœuvre n'expose pas à une déchirure viscérale quelconque. Si les adhérences résistent, il faut savoir se contenter « d'une ablation incomplète et de la simple ouverture des collections accessibles à la vue et au doigt ».

En effet, au début, les castrations totales sont bien plus rares que les castrations utérines ; il est même assez fréquent de voir des castrations utérines partielles. Un utérus friable que les pinces à traction déchirent, ou un utérus trop bien fixé qu'il est impossible d'abaisser, sur lequel les pinces dérapent, ne peuvent bien souvent être enlevés en totalité. On laisse alors ce qui ne veut pas venir : parfois une corne, d'autres fois le fond, ou bien encore, quoique plus rarement, on ne peut amputer que le col.

A l'appui de ces propositions, quelques chiffres sont nécessaires. Lafourcade (2) sur les 138 observations qu'il a réunies — et qui appartiennent à MM. Michaux 17, Routier 18, Richelot 42, Reclus 12, Pey-

(1) Pozzi Traité de gynécologie, 2^e édition, p. 700.

(2) Lafourcade. — Thèse de Paris, 1893.

rot-Bazy 15, Nélaton 9, Le Dentu 2, Terrillon-Chaput 17, et Quénu 6 — obtient la proportion suivante : 34 fois, l'utérus et les annexes sont enlevés en totalité ; 14 fois, on laisse une des deux annexes ; 83 fois, les deux ; et 7 fois, l'utérus ne peut même pas être enlevé en totalité et le chirurgien en abandonne une partie.

Baudron (1) analysant les 200 premières hystérectomie, de M. Segond dans lesquelles 114 se rapportent à des suppurations, divise ces 114 observations en suppurations péri-utérines graves et en pyo-salpinx et abcès de l'ovaire. Dans la deuxième catégorie qui comprend 77 cas, 55 fois la castration est totale, 14 fois on laisse les annexes d'un seul côté, et 8 fois des deux côtés. Dans la première catégorie, suppurations péri-utérines graves, comprenant 37 cas, 5 fois seulement la castration est totale, 30 fois c'est la castration utérine, et 2 fois l'ablation utérine elle-même est incomplète.

Bliesener, l'élève de Bardenheuer, cite d'autres chiffres encore dans un mémoire sur l'hystérectomie abdominale (2). 35 fois seulement sur 48, M. Hartmann a pu extirper les annexes en totalité. Jacobs sur 149 opérations (1894) a laissé 28 fois les annexes,

(1) Baudron. — Loc. cit.

(2) Bliesener. — Die abdominale Radicaloperation bei entzündlicher Adneverkrankung. (Monatsschrift für geburtshülfe und gynaecologie, juin, juillet, août, 1896).

puis 21 fois sur 272 (1895), Doyen compte sur 61 cas, 4 opérations incomplètes. Richelot sur 169 cas en compte 59. Rouffart 34 sur 52.

Que deviennent alors ces annexes ou ces lambeaux d'annexes abandonnés dans le petit bassin après l'ablation de l'utérus ?

Ce sont les résultats qui vont eux-mêmes répondre à cette question. Seulement il faut les examiner à deux points de vue différents et analyser d'abord les résultats immédiats, et ensuite les résultats éloignés. Les premiers nous donnent la gravité de l'opération, les seconds sa valeur thérapeutique.

*
**

L'opération de Péan, telle que l'avait imaginée son auteur pour les suppurations du pelvis, c'est-à-dire, castration utérine et évacuation des collections purulentes est une opération relativement bénigne.

Au Congrès de Bruxelles en 1892, nous voyons en effet Péan appuyer sa méthode par sa statistique personnelle comprenant 150 cas avec une seule mort soit 0,66 pour 100. Aucun chirurgien depuis lors n'approcha même de loin d'un tel résultat. Cependant, les statistiques de ses imitateurs, pour être moins bonnes, sont encore suffisantes.

En 1893, Lafourcade, sur 391 cas, donne une mortalité de 8,66 pour 100, sans spécifier combien parmi ces opérations s'adressent à des lésions suppurées.

En 1894, Baudron, analysant les opérations de M. Segond, donne une mortalité de 7 pour 100 sur 200 hystérectomies pour annexites; 114 seulement sont suppurées qu'il divise en suppurations péri-utérines graves avec une mortalité de 27 pour 100 et un pyo-salpinx et abcès de l'ovaire avec 3,89 pour 100 de mortalité.

En 1896, Pauchet rapportant les 307 opérations de M. Richelot, donne une mortalité de 4,87 pour 100.

Enfin, nous trouvons dans le mémoire de Bliesener un total de 1113 cas, empruntés à Max Landau, Léopold Landau, Léopold et Jacobs, avec 39 décès, soit 3,5 pour 100. Bliesener ne nous dit pas combien de ces hystérectomies furent faites pour des suppurations.

Ces quelques chiffres suffisent pour faire voir que l'hystérectomie vaginale ne présente pas une gravité excessive.

*
* *

Qu'advient-il alors de ces malades auxquelles on a laissé des annexes trop adhérentes au milieu de

poches purulentes vidées, mais dont la coque n'a pas été extirpée ?

Les suites de l'intervention sont généralement simples. Les malades éprouvent immédiatement un grand soulagement. Le pus étant évacué, les douleurs cessent, la fièvre tombe, et l'état général s'améliore. Pendant quelques jours, parfois quelques semaines, le drainage de la cavité pelvienne s'effectue de lui-même ; puis le vagin se cicatrise et l'écoulement cesse. Quelquefois une fistule persiste pendant plusieurs mois, mais elle finit par se fermer.

Les malades sortent de l'hôpital n'ayant plus de douleurs, l'état général est satisfaisant ; elles sont considérées comme guéries.

Péan, et, à sa suite, M. Segond, affirment que les annexes abandonnées dans le petit bassin après l'ablation de l'utérus, s'atrophient rapidement au point que quelques années après l'opération on n'en trouve plus de traces. Quant aux collections suppurées, aussitôt ouvertes, il se fait sur leurs parois un travail de réparation, un bourgeonnement comparable en tout point à ce qui se passe dans un phlegmon banal situé dans une autre partie de l'organisme.

Ainsi, les collections purulentes se comblernt, les annexes disparaissent. Il s'ensuit que, au point de vue thérapeutique, soit après une castration totale, soit pour une ablation de l'utérus seul, le résultat dans un cas comme dans l'autre est identique. En

effet. Baudron nous donne 92 pour 100 de guérisons durables dans les castrations totales et 90 pour 100 dans les opérations incomplètes.

Malheureusement, il n'en est pas ainsi. Baudron, pour obtenir ces résultats, oublie qu'il n'a pas examiné à nouveau toutes ses malades, et que nombre de celles qu'il a revues sont opérées depuis moins d'un an. Quelques-unes seulement sont opérées depuis trois ans. Son pourcentage de guérisons durables n'offre qu'une valeur relative.

Il est en effet loin d'être démontré que les annexes s'atrophient après l'ablation de l'utérus. Claret (1), qui s'est occupé de cette question, a vu un ovaire sain privé de son utérus depuis trois ans, n'en continuer pas moins, quoique d'une façon arythmique, à produire des vésicules de Graaf. Le même auteur rapporte à ce propos l'observation d'une femme ayant subi la castration utérine, chez laquelle une trompe conservant une communication avec le vagin par une fistule devint ultérieurement le siège d'une grossesse tubaire.

Claret formule les conclusions suivantes : « L'atrophie, à proprement parler, des annexes normales après l'hystérectomie vaginale n'est pas prouvée ; les annexes malades, contenant des kystes, ne pouvant être résorbées ; enfin les débris des trompes

(1) Claret. Thèse de Paris. 1896.

renfermant des germes à virulence extrêmement atténuée peuvent être le point de départ d'accidents pelviens consécutifs ».

Les résultats de la castration utérine, et ceux que donne la castration totale ne peuvent à aucun point de vue être comparés entre eux ; et jamais un chirurgien ne voudrait, de parti pris et, sous prétexte que les annexes s'atrophient, n'enlever que l'utérus, lorsque les trompes sont malades et accessibles.

En fait, les annexes sont abandonnées, quand, soit en raison de l'habileté de l'opérateur, soit à cause du procédé employé, soit enfin par suite de l'état des lésions, il est impossible d'enlever autre chose que l'utérus.

Alors que se produit-il ?

Si les annexes sont relativement saines, si les lésions sont surtout péritonéales, si les phénomènes de pelvi-péritonite prédominent, les masses annexielles, ou mieux péri-annexielles fondent après l'ablation de l'utérus comme elles fondent parfois spontanément. La suppuration est-elle collectée et les poches purulentes largement ouvertes, la cicatrisation survient ici comme en tout point de l'organisme. La réparation s'observe également après de simples incisions vaginales sans hystérectomie. Mais la collection se reforme si la poche se referme avant d'être totalement comblée.

Les cavités purulentes non crevées par l'opérateur subsistent et continuent à se développer. Et le cas est fréquent; particulièrement dans les suppurations anciennes qui constituent parfois de véritables abcès compliqués du bassin, dans lesquels l'innocuité relative de l'intervention est assurée par le dôme d'adhérences qui isole la grande cavité péritonéale. On comprend combien il est facile à l'opérateur de méconnaître une ou plusieurs poches dans des dédoublements de cette cloison protectrice, de l'intégrité de laquelle dépend la vie de la malade. Nous avons recueilli quelques cas dans lesquels des collections purulentes avaient été ainsi laissées intactes et sont devenues le point de départ de nouveaux accidents (observations 44, 45, 48, 49, 51 et 52).

Enfin, les annexes malades abandonnées non-seulement ne s'atrophient pas, mais elle continuent leur évolution; cela est si vrai, que dans des cas qui sont loin d'être rares des productions kystiques secondaires se sont développées aux dépens de débris très minimes d'annexes; débris parfois si ténus que la castration avait été dite totale. Nous avons relevé également quelques observations de faits de ce genre (observations 37 et 39).

Les interventions complètes seules doivent être suivies d'une guérison durable. Les autres ne sont que des opérations palliatives. Après quelques mois,

plus souvent même quelques années de calme, pendant lesquels les malades se croient guéries, elles voient réapparaître de nouvelles douleurs. Le chirurgien doit alors extirper par une laparotomie secondaire les foyers qu'il n'avait pu enlever au cours de l'hystérectomie primitive. Alors seulement, et au prix de cette deuxième intervention, la guérison est réelle et durable. A la fin de ce travail, nous reproduisons en résumé quelques observations concernant des malades qui ont dû subir ainsi deux opérations pour arriver à la guérison définitive. (Observations 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 40, 41. Les observations 43, 46 et 47 sont celles de malades chez lesquelles la laparotomie est à faire).

Et ces laparotomies complémentaires sont fréquentes, il n'est peut-être plus, à l'heure actuelle, de chirurgien qui n'en compte quelques-unes.

C'est précisément dans les suppurations anciennes, quand de nombreuses poussées de pelvi-péritonite ont créé des adhérences multiples et formé des collections enkystées qui englobent l'utérus et les annexes, c'est précisément dans ces cas, où dès le début tous les chirurgiens furent unanimes à proclamer l'opération de Péan l'intervention de choix, que le résultat immédiat de la castration utérine est merveilleux, mais passager, l'opération étant fatalement partielle.

Aussi dès 1891, nous voyons M. Quénu abandonner le procédé d'hystérectomie par morcellement de Péan, pour celui de Müller (section antéro-postérieure) qui lui permet plus souvent la castration totale.

Puis c'est Doyen en 1893, qui cherche à démontrer que pour être efficace l'intervention doit être complète ; c'est précisément dans ce but qu'il préfère son procédé d'hémisection antérieure à celui de Péan, le sien lui assurant plus facilement l'extirpation des annexes en même temps que celle de l'utérus.

Peu à peu, bien des chirurgiens que la bénignité de l'intervention par la voie vaginale avait séduits, retournent à la voie haute qui, pour être plus grave, leur permet du moins des opérations plus complètes. Cependant les résultats thérapeutiques de la laparotomie ne sont pas encourageants.

Aussi, quand en 1894, Delagenière (1) communique sa première hystérectomie abdominale pour suppuration pelvienne, s'il n'est pas immédiatement suivi dans cette voie, du moins déjà sent-on des tendances se manifester dans ce sens.

Et à partir de ce moment, nous voyons les chirurgiens de plus en plus nombreux se décider à délaissier la voie vaginale dans les cas compliqués où

(1) Delagenière. Bull. et mém. de la Soc. de chir., 1894, p. 157.

leur diagnostic établit que l'intervention par la voie basse sera certainement incomplète.

A la suite de la discussion même de la commutation de Delagenière, M. Quénu (1) déclare déjà qu'il revient à la voie haute parce qu'il a reconnu que dans certains cas les annexes restent si élevées que leur ablation est impossible ; et quand des annexes malades ont été ainsi abandonnées, c'est la laparotomie de correction certaine.

Au Congrès de Genève, la question du traitement des suppurations pelviennes étant de nouveau posée, les interventions par voie haute et basse sont chaudement discutées. M. Hartmann (2) rejette totalement l'hystérectomie vaginale qu'il accuse d'être trop souvent incomplète. Quoiqu'un peu moins absolu, M. Reynier (3) est du même avis : « Si la « laparotomie m'a toujours permis de faire une opé-
« ration complète, il n'en est pas de même de l'hys-
« térectomie. Dans plus de la moitié des cas, j'ai
« laissé une ou deux annexes ; dans cinq cas, il m'a
« fallu laisser une portion de l'utérus qu'il m'était
« impossible d'abaisser. Mes malades ont guéri de
« l'opération, mais elles ont continué à souffrir, car

(1) Quénu. Bull. et mém. de la Soc. de chir., 1894, p. 163.

(2) Hartmann. Congr. de Genève. Annales de gyn., sept. 1896, p. 169.

(3) Reynier. Congrès de Genève. Annales de gyn., sept. 1896, p. 181.

« il est à l'heure actuelle démontré, et toutes les
« observations des malades me l'ont surabondam-
« ment prouvé que les annexes ne s'atrophient pas
« une fois l'utérus enlevé. Les faits sont là qui nous
« montrent que la mort anatomique et physiologique
« des annexes qu'on a dû laisser n'est ni plus com-
« plète ni plus certaine que celle de l'utérus lorsqu'il
« reste en place après l'ablation des annexes ; c'est
« le contraire que je dirais. Les malades, malgré
« cette sérieuse mutilation continuent à souffrir
« d'une ou des annexes qu'on n'a pu enlever, et sont
« exposées à d'autres accidents nécessitant d'autres
« opérations, ... ».

Bliesener (1) rapporte, qu'en Allemagne, Léopold Landau est tellement pénétré de l'inutilité de l'hystérectomie vaginale incomplète, que, au cours d'une intervention, il n'hésite pas à faire la laparotomie immédiate pour enlever des débris d'annexes ou de poches qu'il ne peut atteindre avec sécurité par le vagin.

En France, cette année encore, la question des suppurations est discutée à la Société de Chirurgie à propos de la communication de M. Monod. De plus en plus, nous voyons revenir à la voie haute dans les cas compliqués. De nouveau, M. Quénu (2) affirme

(1) Bliesener. Loc. cit.

(2) Quénu. Bull. et mém. de la Soc. de Chir., 1898, p. 537.

ses convictions : « La condition essentielle de la gué-
« rison complète et durable d'une salpingite un peu
« grave est l'ablation du sac. Dans les premières hys-
« térectomies vaginales pour salpingites, on avait
« (la technique étant encore à son début insuffi-
« sante) une tendance à se contenter de l'extirpation
« de l'utérus et de la large ouverture des poches pu-
« rulentes ; l'expérience nous a démontré que dans
« de pareils cas, après une amélioration considéra-
« ble, et un rétablissement de l'état général, les
« douleurs reparaissent ou persistent. Je pense en
« résumé que notre opération est le plus souvent
« insuffisante, et que l'extirpation des poches salpin-
« giennes est l'opération de choix ».

Puis M. Le Dentu (1) : « Si les collections qui
« entourent l'utérus remontent vers l'ombilic, si
« l'épiploon et probablement l'intestin y adhèrent,
« l'hésitation n'est plus permise ; c'est par l'ouver-
« ture large du ventre qu'on portera le mieux remède
« à cette périlleuse situation. On pourra faire suivre
« l'extirpation des poches de celle de l'utérus ». Et
plus loin encore : « La bénignité relative de l'hysté-
« rectomie vaginale la recommande toutes les fois
« que les poches sont basses et entourent l'utérus de
« toutes parts. Il y a seulement à regretter que l'ex-
« tirpation des annexes malades et fortement adhé-

(1) Le Dentu. Bull. et mém. de la Soc. de Chir. 1898, p. 770.

« rentes soit si souvent incomplète, et qu'il en résulte
« pour les opérées des accidents ou des troubles de
« santé ultérieurs, avec lesquels il faut compter ».

Beaucoup de chirurgiens, en somme, commencent à limiter les indications de l'intervention par la voie vaginale. La chose est assez simple d'ailleurs, étant posé ce principe, qu'en matière de suppuration pelvienne, toute opération, pour être curative, devra être complète.

Mais il serait prématuré de tirer des conclusions formelles avant d'avoir vu ce que peut nous donner la voie haute.



Hystérectomie abdominale

De même que pour l'hystérectomie vaginale, nous allons tout d'abord commencer par examiner les résultats immédiats, c'est-à-dire la gravité opératoire de l'hystérectomie abdominale.

Mais, nous n'allons pas trouver ici, comme pour la voie vaginale, des statistiques imposantes par le nombre, et, objection beaucoup plus sérieuse à notre avis, nous n'aurons que très rarement des chiffres comprenant les opérations faites dans tous les cas, graves ou bénins. Il est en effet bien peu de chirurgiens, qui, à l'heure actuelle, appliquent systématiquement l'hystérectomie abdominale à toutes les lésions ; bien plus souvent, les interventions par la voie haute seront des opérations d'exception faites pour des lésions graves par des chirurgiens qui opèrent habituellement par la voie basse.

Nous ne pourrions donc pas comparer ces résultats aux statistiques d'hystérectomies vaginales, qui, elles, comprennent les lésions de tous degrés.

Pour établir une comparaison sérieuse, il nous

aurait fallu les statistiques détaillées des chirurgiens américains qui, tous, opèrent toujours par la voie sus-pubienne. Mais il nous a été impossible de nous procurer aucun document à ce sujet.

Nous citerons tout d'abord les statistiques suivantes :

1^o 85 cas, appartenant à Krug, Montgomery, Baldy, Pryor et Polk, avec 3 morts, soit 3,58 pour 100 de mortalité. Nous devons faire remarquer que cinq de ces cas dans lesquels existait une fistule salpingo-rectale ont tous guéri.

2^o Bliesener, en ajoutant à une statistique de Cushing, les 40 opérations de Bardenheuer, arrive aux chiffres suivants : 152 cas avec 5 morts, soit 3,28 pour 100 de mortalité.

3^o Jacobs au Congrès d'Edimbourg de 1898, rapporte les résultats de 98 cas avec 3 morts, soit 3,06 pour 100 de mortalité.

Nous rapportons ces chiffres uniquement pour montrer que l'excessive gravité dont quelques-uns accusent l'hystérectomie abdominale est au moins exagérée ; cette opération au point de vue du résultat immédiat soutient fort bien la comparaison avec l'hystérectomie vaginale. Mais, nous devons laisser ces statistiques de côté, car, au point de vue plus spécial que nous envisageons, elles ne peuvent pas nous fournir leur appui ; si nous savons en effet que tous ces cas ont trait à des lésions annexielles, du

moins, nous ne savons pas combien ils comprennent d'interventions s'adressant à des lésions suppurées.

Nous n'avons pu réunir que deux statistiques appartenant à des chirurgiens qui appliquent systématiquement la castration abdominale totale à tous les cas. Celle de M. Hartmann avec 18 opérations, dont 13 pour lésions suppurées, sans une seule mort. Nous reproduisons quelques unes de ces observations empruntées à son élève Audiau (1) pour montrer que toutes ne s'adressent pas à des cas simples.

C'est Bliesener qui nous rapporte la seconde appartenant à Bardenhener. Elle comprend 40 cas avec 2 morts, parmi lesquels 32 étaient des suppurations, ce sont ces 32 cas qui ont fourni les 2 insuccès.

Nous avons là un total de 45 cas suppurés avec 2 morts, ce qui nous donne une mortalité de 4,44 pour 100.

Nous allons maintenant nous occuper des interventions faites par des chirurgiens qui n'appliquent l'hystérectomie abdominale qu'à des cas graves dans lesquels l'hystérectomie vaginale ne devrait leur donner que de mauvais résultats. C'est ainsi que Delagenière au 8^e Congrès français de Chirurgie, présente sa méthode qu'il n'applique lui-même qu'avec discernement à certains cas bien déterminés. Il a 2 morts sur 10 interventions « ce qui,

(1) Audiau, these de Paris, 1897.

« dit-il, serait excessif s'il s'agissait de cas simples
« et bénins, mais ce que j'ai dit des indica-
« tions de l'opération démontre qu'elle ne relève que
« des cas particulièrement graves, cas pour lesquels
« toutes les autres méthodes seraient également
« meurtrières. »

Dans ce même ordre d'idées, nous trouvons un cas suivi de guérison, appartenant à M. Routier, rapporté par Diriaut (1). M. Reclus (2) 2 cas avec guérison. M. Segond (3), 10 cas avec 2 morts. M. Schwartz (4), 14 cas avec 1 mort. M. Nélaton (5), 16 cas avec 3 morts. M. Richelot (6), 6 cas appartenant à son élève Pouchet, sans une seule mort. Montprofit (7), 6 cas, sans une seule mort. Faure (8), 8 cas, dont 4 très compliqués, tous suivis de guérison. Enfin les 11 cas de notre Maître, M. Legueu, également sans perte.

Au total, 84 cas avec 8 morts, soit une mortalité de 9,53 pour 100. Ce qui ne doit nullement paraître excessif, étant donné que presque toutes ces opéra-

(1) Diriaut, thèse de Paris, 1896.

(2) Reclus, Bull. et mém. de la Soc. de Chir., 1897, p. 518.

(3) Segond, Bull. et mém. de la Soc. de Chir., 1897, p. 542.

(4) Schwartz, Bull. et mém. de la Soc. de Chir., 1897, p. 628.

(5) Nélaton, Bull. et mém. de la Soc. de Chir., 1897, p. 630.

(6) Richelot, Bull. et mém. de la Soc. de Chir., 1897, p. 634.

(7) Montprofit, Congr. fr. de chir., Annales de gyn., Déc. 1897, p. 509.

(8) Faure, Congr. fr. de Chir., 1898.

tions s'adressent à des lésions suppurées compliquées, et dans la majorité des cas bien certainement c'est la seule gravité des lésions qui a décidé le chirurgien à intervenir par la voie haute.

*
* *

Avant d'aller plus loin, nous devons dire un mot de la méthode.

L'hystérectomie par la voie abdominale peut être totale, c'est celle de Polk et à sa suite de la majorité des chirurgiens américains ; ou bien, l'amputation de l'utérus peut être partielle, laissant alors le col utérin sur le vagin, c'est l'amputation supra-vaginale de Baldy, imité en cela par Kelly (1), Penrose, Noble (2), etc...

En France, c'est l'hystérectomie totale qui est introduite par Delagenière et son exemple est suivi par tous les chirurgiens qui opèrent par la voie haute. Bardenhener en Allemagne, Jacobs en Belgique, font également l'amputation totale de l'utérus.

Seul, M. Terrier semble de plus en plus accorder ses préférences à l'amputation supra-vaginale toutes

(1) Kelly. John Hopkin's Hosp, Bulletin, t. VII, nos 59 et 60, 1896.

(2) Noble. Revue générale in Annales de gyn. et d'obst. juillet 1897, p. 42.

cause quelconque venait-elle empêcher l'abord des extrémités des annexes, nous l'avons vu alors changer sa manière habituelle et commencer par l'utérus si l'utérus semblait devoir être attaqué le premier.

Nous devons cependant signaler les procédés les plus habituels de l'hystérectomie abdominale. Ce sont :

Le procédé de Delagenière qui enlève d'abord les annexes entre deux pinces pour terminer par l'amputation de l'utérus.

Celui de Doyen qui va directement effondrer le cul-de-sac postérieur pour saisir le col, libérer ses insertions vaginales. Par un demi-cercle du col en arrière, il détermine un mouvement de bascule de l'utérus qui présente au bistouri les ligaments larges qu'il suffit de sectionner.

Celui de Richelot qui attaque la face antérieure de l'utérus pour aller ouvrir le cul-de-sac antérieur du vagin, et permettre la ligature immédiate des utérines. Le col est ensuite attiré en avant, l'utérus basculant en arrière.

Le procédé de Kelly, plus communément appelé procédé américain, qui ampute l'utérus et les annexes par une incision continue de gauche à droite ou de droite à gauche.

Enfin, au dernier Congrès de chirurgie, Faure vient de présenter un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale par section médiane antéro-posté-

rière de l'utérus, enlevant ainsi chaque annexe avec la moitié utérine correspondante.

La description plus détaillée et la discussion de ces différents procédés nous entraînerait en dehors des limites de notre sujet. Nous devons nous en tenir à cette énumération rapide.

*
* *

Les résultats thérapeutiques de la castration abdominale totale doivent être en tout point analogues à ceux que nous donne la castration vaginale totale qui est suivie d'après Baudron de 92 pour 100 et d'après Pauchet de 94 pour 100 de guérisons définitives.

Le simple raisonnement suffit à montrer que la guérison doit nécessairement suivre l'intervention. En effet, en matière de lésions utéro-annexielles inflammatoires, de quoi les malades pourraient-elles souffrir après la castration totale ? Par la voie vaginale, il peut arriver à l'opérateur de croire à une ablation totale alors qu'en réalité elle est incomplète, une ou plusieurs collections purulentes péri-annexielles ayant été laissées sans même que leur existence ait été un instant soupçonnée. Pareille méprise est impossible par la voie haute où l'opération

est faite à ciel ouvert avec le concours constant de la vue.

Du reste les opérations complémentaires faites à la suite d'interventions incomplètes nous montrent ce que sont les résultats éloignés de la castration totale qui est nécessaire pour être suivie d'une guérison définitive.

Les interventions de correction sont de deux sortes ; toutes deux tendent au même but, rectifier une intervention primitive incomplète qui n'a pas été suivie de guérison.

C'est d'abord la laparotomie complétant par l'ablation des annexes ou des lambeaux d'annexes une castration utérine primitive.

C'est ensuite une castration utérine secondaire, soit vaginale, soit abdominale, pour obtenir une guérison que n'a pas donné une castration annexielle primitive.

Dans un cas comme dans l'autre, c'est la totalité de l'ablation qui seule assure la guérison cherchée, quelle que soit la voie suivie.

Malheureusement, outre que les malades de notre Maître, M. Legueu, sont opérées depuis trop peu de temps, nous n'avons pu en revoir que deux. Nous ne pouvons pas en tirer des conclusions qui seraient assises sur des bases trop fragiles. Nous devons nous contenter de signaler ici que la malade qui fait l'objet de l'observation 1, revue onze mois après l'interven-

tion ne présente absolument rien d'anormal ; elle vient de la campagne où elle a pu se livrer aux travaux des champs sans jamais être incommodée.

La malade de l'observation 7 qu'il nous a été donné d'examiner sept mois après l'opération présente également un état général parfait. Elle n'a jamais ressenti de douleurs abdominales et rien du côté de la cavité pelvienne ne permet de supposer que l'état actuel des choses puisse changer.

Trois des opérées de M. Hartmann ont été revues par Audiau à qui nous empruntons les observations que nous reproduisons ici.

L'état général de la malade de l'observation 12 huit mois après l'opération est excellent. Jamais elle n'a eu de nouvelles douleurs abdominales.

Le résultat de l'observation 15 est parfait. La femme, qui, à son dire, n'a jamais été aussi vigoureuse fournit tous les jours un travail de treize heures cinq mois après l'opération.

Celle de l'observation 16 est également absolument guérie, un an après l'intervention.

Bien que nos observations soient en trop petit nombre pour en tirer une loi générale, elles concordent avec les résultats obtenus par les chirurgiens américains pour qui la guérison définitive est la règle après la castration abdominale totale. Bardenhener obtient des résultats aussi bons que possible.

Si en effet on excepte cette catégorie de nerveuses

qui n'ayant plus rien qu'une cicatrice, trouveront encore le moyen d'en souffrir, et viendront grossir les insuccès des chirurgiens, la simple logique permet de conclure que la guérison durable et réelle doit être la conséquence forcée de la castration abdominale totale. Aucune méprise, aucun oubli n'est possible par la voie sus-pubienne. Le chirurgien agit dans un champ opératoire largement ouvert, accessible à son œil dans toutes ses parties. Rien ne peut limiter son exérèse s'il la veut complète.



Salpingectomie unilatérale

Il est encore une question que nous avons laissée de côté, c'est celle de l'unilatéralité dans les lésions. Question excessivement importante, puisque du choix de la voie par laquelle intervient le chirurgien, dépend souvent la conservation de la fonction. La voie vaginale en effet, si elle ne permet pas toujours l'exérèse totale de l'organe, entraîne toujours la suppression complète de la fonction.

Au temps où les défenseurs de la voie sus-pubienne n'avaient à leur service que l'ablation des annexes dont les résultats thérapeutiques étaient si peu encourageants, la majorité des chirurgiens redoutant de s'adresser à une opération comme la salpingectomie double, accumulèrent les arguments en faveur de la voie vaginale.

Mais aujourd'hui, que l'hystérectomie se fait par la voie haute comme par la voie basse, la question définitivement tranchée ne mérite plus même la discussion.

Quoiqu'en aient dit, à certaine époque, les parti-

sans de l'hystérectomie vaginale, il arrive què, même pour les maîtres de la gynécologie, le diagnostic reste obscur quant à la bilatéralité des lésions. Il est presque impossible d'affirmer cette bilatéralité, notamment quand une annexe suppurée occupe le cul-de-sac postérieur et que l'autre moins touchée est restée haute. Si de plus la femme est jeune, à tout prix la conservation doit être tentée et alors l'intervention par la voie sus-pubienne s'impose, car seule « elle permet de reconnaître les lésions, de les dégager, d'enlever des organes atteints d'une façon irrémédiable, et dans le cas qui n'est pas très rare de lésions suppuratives unilatérales de respecter le côté qui n'est pas atteint ou dont les lésions sont peu importantes. » (1)

Sur ce point, tous les chirurgiens sont aujourd'hui d'accord, c'est vers la conservation de l'organe et de la fonction que doivent tendre tous leurs efforts, toutes les fois que cette conservation est possible.

Dans les observations 1, 3, 5 et 7 de notre Maître M. Legueu, que nous résumons à la fin de ce travail, le choix de la voie haute a été imposé par l'âge des malades et par l'inégalité des lésions, un côté étant comparé à l'autre. Dans ces quatre cas, c'est

(1) Lucas Championnière. Bull. et mém. de la Soc. de Chir. 1898, p. 718.

pour tenter la conservation de l'utérus et d'une annexe, que notre Maître a choisi la voie sus-pubienne; en présence des lésions existantes, il a dû sacrifier les deux annexes, alors la castration totale est faite comme elle l'aurait été par la voie basse; le pronostic reste le même, l'intervention étant identique. Seulement le chirurgien a la satisfaction d'avoir vu les lésions. Il n'a pas couru le risque d'enlever des annexes et un utérus qu'il eut été possible de conserver, sacrifiant à l'aveugle une fonction aussi importante que celle de la reproduction.

M. Hartmann (1) communiquant au Congrès français de Chirurgie de 1897 sa pratique de l'année, rapporte 31 laparatomies se décomposant en : 2 libérations d'annexes, avec excision partielle d'ovaire et raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds; 11 ablations unilatérales et 18 castrations totales. Ce qui donne la proportion imposante de 41,93 pour 100 d'opérations conservatrices.

Du reste, il nous suffira de citer quelques lignes empruntées à un des partisans convaincus de la voie basse qui met nettement la question au point (2):

« Nous n'avons pas toujours le choix, et force nous est bien, dans certains cas, d'adopter la voie sus-pubienne; c'est le devoir étroit chez les femmes

(1) Hartmann. *Annales de Gyn.* déc. 1897; p. 543.

(2) Richelot. *Revue de Chir.* 1897, p. 702.

jeunes ; alors qu'il n'est pas démontré que la lésion soit bilatérale et qu'on ne puisse rien conserver. Le respect non seulement de la fécondité de la femme, mais de l'intégrité de ses fonctions doit être poussé très loin. Souvent, le diagnostic est obscur, même pendant l'anesthésie; impossibilité de savoir au juste si les deux côtés sont pris, et surtout dans quelle mesure. Même en présence de deux masses latérales, même avec des signes de suppuration, qui sait si l'une des deux annexes n'est pas seulement adhérente, polykystique et s'il ne suffira pas d'ouvrir et de réséquer une collection sérieuse? Mauvaise annexe, peut-être, au point de vue d'une grossesse ultérieure ; mais la fonction menstruelle, l'équilibre physiologique ne seront pas compromis, voire même, la satisfaction morale de n'être pas mutilée. Voilà pourquoi, tout en pratiquant la voie vaginale avec prédilection, plus que d'autres, je suis resté laparotomiste. »



**Voie vaginale et voie sus-pubienne. —
Comparaison. — Indications**

L'hystérectomie abdominale est habituellement regardée comme une opération dangereuse surtout quand elle s'adresse à des lésions suppurées. Cependant, les statistiques sont là pour montrer qu'il n'en est rien.

Si nous additionnons les statistiques que nous avons citées d'hystérectomies abdominales pour lésions inflammatoires annexielles, nous arrivons à un total de 393 cas avec 16 morts, soit une mortalité de 3,30 pour 100.

On voit que cette statistique peut parfaitement être opposée à celle de Bliesener, 1113 hystérectomies vaginales s'adressant également à toutes lésions annexielles avec 39 morts, soit une mortalité de 3,5 pour 100.

L'hystérectomie abdominale fait encore meilleure contenance s'il s'agit de suppurations. Nous avons avec les 45 cas de Bardenheuer et de Hartmann une mortalité de 4,44 pour 100 ; alors que Baudron avec 114 hystérectomies vaginales donne 11,4 pour 100.

Si nous acceptons la division avec Baudron de ses 114 cas en 77 pyo-salpinx et abcès de l'ovaire avec une mortalité de 3,89 pour 100, et en 37 suppurations péri-utérines graves avec 27 pour 100 de pertes, nous sommes encore plus loin de compte, puisque les 84 hystérectomies abdominales que nous avons réunies, toutes opérations d'exception pour lésions suppurées graves ne nous donnent que 9,53 pour 100 de mortalité.

Nous ne parlons ici que de guérisons opératoires ; ce qui donne encore plus de valeur à nos chiffres, c'est que nous opposons des opérations sus-pubiennes toujours complètes à des opérations vaginales trop souvent incomplètes. Et si nous voulions avoir un pourcentage réel jusqu'à la guérison définitive des malades, il nous faudrait encore ajouter l'aléa d'une laparotomie complémentaire.

Cependant, l'hystérectomie abdominale s'adresse certainement à des suppurations aussi graves que celles auxquelles s'attaque l'hystérectomie vaginale. Mais l'hystérectomie abdominale est une opération méthodique et réglée, où le chirurgien a son champ d'action sous les yeux en même temps que sous la main. Il juge de l'étendue des lésions et peut les attaquer par leur point faible. Il en est tout autrement quand l'opérateur va par la voie vaginale chercher un utérus et des annexes entourés de collections purulentes. Trop souvent, dans la crainte de dépas-

ser le but, il est obligé de limiter son intervention qui reste alors insuffisante.

Dans les observations 13, 17, 27 et 28 de Bardenhener, Bliesener décrit de véritables abcès compliqués du bassin en tout point comparables aux suppurations péri-utérines graves de Baudron ; malgré la gravité de leurs lésions, aucunes des malades de Bardenhener ne succomba.

Par la voie haute, souvent pendant la décortication, des poches se rompent et le pus s'écoule comme dans nos observations 8, 9, 13, 15, 16, 17 et 19, mais le chirurgien peut parer aux inconvénients. Toutes les malades citées ici ont guéri.

Bardenhener fait plus encore, il opère en pleine poussée aigüe, pratiquant alors après l'opération l'occlusion élevée du bassin. Il confectionne avec les mésos, l'épiploon et les lambeaux du péritoine qui recouvrait les organes du petit bassin une cloison qui empêche la grande cavité péritonéale de communiquer largement avec la cavité pelvienne ; avec un drainage vaginal et abdominal, il reste alors maître de l'infection.

Nous ne parlerons pas des lésions viscérales que reprochaient les laparotomistes aux hystérectomistes il y a quelques années. Ces lésions sont rares pour les chirurgiens exercés à l'hystérectomie vaginale. Nous trouvons en effet sur les 645 cas réunis par Lafourcade, Pauchet et Baudron : 11 blessures de la

vessie, 19 de l'intestin et une seule de l'uretère. La laparotomie en compte certainement davantage, seulement elle permet, il est vrai, de remédier immédiatement aux lésions de ce genre quand elles se sont produites. De plus, seule, la voie haute, après les dissociations d'adhérences intimes, permet au chirurgien de se rendre compte de l'état de l'intestin décollé.

Les hémorragies à la suite de l'hystérectomie vaginale sont également un fait rare, le seul coefficient de mortalité de l'opération suffit à le prouver.

Nous ne parlerons pas non plus de l'éventration, elle est devenue rare avec la suture successive des différents plans qui composent la paroi.

..

Les résultats éloignés de l'intervention, quelle que soit la voie suivie, sont identiques quand l'opération a été complète. La guérison définitive est la règle.

Au contraire, dans le cas d'hystérectomie vaginale incomplète, ce qui est fréquent en matière de suppurations, le résultat immédiat satisfaisant ne tarde pas à se modifier et les douleurs reparaissent jusqu'à ce qu'une opération de correction vienne remédier à l'insuffisance de la première intervention.

C'est de ce principe qui semble aujourd'hui admis par tous que découlent les indications de la voie à suivre.

Retranchons tout d'abord les cas d'unilatéralité des lésions pour lesquels la voie sus-pubienne s'impose. Quand le chirurgien se trouvera en face de lésions irrémédiables des deux côtés, l'hystérectomie abdominale lui donnera alors le même résultat que celui qu'il aurait obtenu s'il avait suivi la voie vaginale. Il n'aura plus comme au temps où il aurait dû se contenter d'une salpingectomie double à regretter de n'avoir pas su faire un diagnostic qui lui eût permis d'espérer par la voie vaginale un meilleur résultat.

Pour les cas graves, quand les lésions sont anciennes, lorsque des collections purulentes enveloppent l'utérus et les annexes, et que des adhérences multiples ont été créées, l'hystérectomie vaginale est toujours incomplète. Ces grandes suppurations relèvent de la seule hystérectomie abdominale qui non seulement donne un résultat thérapeutique infiniment supérieur, mais qui même au point de vue de la gravité opératoire est moins meurtrière que l'hystérectomie vaginale.

Restent les cas moyens dans lesquels la bilatéralité des lésions est certaine. Ici la délimitation de ce qui appartient à l'une et à l'autre des deux voies est bien plus délicate. D'une façon générale, on peut

diré cependant que : si les annexes ne sont pas trop hautes pour être atteintes avec le doigt jusqu'à leur extrémité ; si elles ne semblent pas trop solidement fixées par des adhérences à la paroi pelvienne ; si les collections ne sont pas multipliées ; si l'utérus ne paraît pas inabaissable ; si le vagin ne présente pas lui-même par sa longueur, son étroitesse, ou la rigidité de ses parois, une contre indication de la voie basse ; alors la voie vaginale permettra la castration totale. Elle aura toujours, sur la voie haute, l'avantage de ne pas ouvrir largement la paroi abdominale et de ne pas traverser la grande cavité péritonéale ; c'est à elle que le chirurgien donnera la préférence.

Mais, si la hauteur d'une des annexes et sa fixité dans cette position haute est reconnue ; si le chirurgien soupçonne l'existence de collections que son doigt n'atteint pas, masquées qu'elles sont par l'utérus ou par des collections plus basses ; si l'utérus semble solidement enclavé et s'il est absolument immobile ; si le vagin refuse de se laisser distendre ; l'hésitation n'est pas permise ; c'est à la voie sus-pubienne qu'il faut recourir. Par elle, le chirurgien sera sûr d'être complet dans son intervention. Mieux vaut accepter une gravité opératoire peut-être un peu plus grande que de courir la chance de faire une opération incomplète. Ce serait nécessairement préparer une intervention secondaire de correction.

OBSERVATIONS

Nous avons réuni deux séries d'observations : les unes d'hystérectomies abdominales, les autres d'hystérectomies vaginales insuffisantes. Nous ne donnons pas ces observations *in extenso*, nous nous sommes contenté de résumer les faits saillants de chacune d'elles.

La première série comprend 19 hystérectomies abdominales. Les onze premières appartiennent à notre Maître, M. Legueu ; les huit autres sont à M. Hartmann, nous les empruntons à la thèse de Audiau.

La deuxième série comprend 34 hystérectomies vaginales insuffisantes ; les unes, c'est la majorité, ont été suivies d'une laparotomie ; quelques autres attendent l'opération de correction nécessaire ; d'autres encore ont été suivies d'accidents secondaires (incision, ouverture de nouveaux foyers) ; pour d'autres enfin, la nécropsie est venue montrer au chirurgien l'insuffisance de son intervention.

1^{re} SÉRIE

Observation 1

M. Legueu

Hydro-salpinx double. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison

Malade de 20 ans, entrée à Broca le 10 décembre 1897.

Douleurs et leucorrhée depuis un an. Depuis quinze jours, douleurs intolérables, fièvre et frissons.

Du côté droit, annexite légère. A gauche, lésions plus importantes. Trompe renflée et volumineuse.

Laparotomie le 15 décembre. Les lésions sont constituées par deux tuméfactions kystiques des trompes, impossibles à conserver. Hystérectomie abdominale totale avec suture. Guérison.

Revue le 7 novembre 1898. Rien d'anormal dans la cavité pelvienne. Plus aucune douleur. Cicatrice vaginale petite et souple. Cicatrice abdominale parfaite, intégrité absolue de la paroi.

Etat général excellent. La malade vient de passer 8 mois à la campagne, où elle a fait la moisson sans avoir été incommodée un seul instant.

Observation 2

M. Legueu

Métrite hémorrhagique. — Salpingo-ovarite double
suppurée. — Hystérectomie abdominale totale.
— Guérison.

M^{me} F..., 33 ans, entrée le 30 novembre 1897 à
Broca.

A eu 2 accouchements à 18 mois d'intervalle.
Curettage après le premier accouchement. A été
opérée en 1896 pour un phlegmon du ligament large(?)
par incision vaginale. Depuis 2 mois, pertes san-
guines continuelles, et douleurs dans le côté droit
surtout et dans les reins.

Au toucher : utérus gros et douloureux ; à droite
et à gauche, tuméfaction ferme, scléreuse, dure, très
douloureuse.

27 décembre. Hystérectomie abdominale totale.
Les 2 trompes et les ovaires sont abcédés, mais la
décortication s'effectue sans rupture. Suture du péri-
toïne et fermeture du vagin.

Guérison.

Observation 3

M. Legueu

Annexite double suppurée. — Hystérectomie
abdominale. — Guérison

M^{me} W..., 19 ans, entrée le 2 novembre 1897 à
Broca.

Masson

5

Depuis 6 mois se plaint de pertes jaunes et de douleurs dans les fosses iliaques surtout à gauche.

Au toucher : Salpingo-ovarite double, plus marquée à gauche, et adhérente de ce côté.

25 décembre 1897. Hystérectomie abdominale totale. Suture du vagin et du péritoine.

Guérison.

Observation 4

M. Legueu

Salpingite tordue. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison

M^{me} Des..., 49 ans, entre à Broca le 28 septembre 1897.

Il y a 4 ans, hémorrhagie. Depuis un an, douleurs pelviennes.

Au toucher : Utérus gros remontant sensiblement au-dessus du pubis ; dans le cul-de-sac droit, on sent très haut une tumeur accolée à la paroi pelvienne. A gauche, on sent une tumeur allongée, peu volumineuse et peu douloureuse.

Hystérectomie abdominale totale, le 9 octobre 1897. Drainage abdominal et vaginal nécessité par le décollement des adhérences et le saignement en nappe qui en est la conséquence.

Guérison.

Observation 5

M. Legueu

Pyo-salpinx double. — Rétroflexion. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison.

M^{me} Le R..., 22 ans, entrée le 7 octobre 1897 à Broca.

Après un accouchement remontant à 3 mois, a commencé à souffrir surtout à gauche.

Au toucher : Tuméfaction à droite du volume du poing ; à gauche, on sent la trompe très haute, mais il est difficile de la délimiter.

12 octobre 1897. Laparotomie. Les 2 trompes sont également malades ; à droite et à gauche pyo-salpinx. Hystérectomie abdominale totale. Fermeture du vagin et du péritoine. Nécessité de faire le drainage abdominal à cause du saignement en nappe assez abondant.

Guérison.

Observation 6

M. Legueu

Salpingite double suppurée. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison

Joséphine P..., 30 ans, entrée le 6 avril 1893 à Broca.

Depuis 1896 métrorrhagies continuelles persistant jusqu'en décembre 1897.

En 1898 pertes jaunes et douleurs.

Au toucher : Col volumineux ; dans le cul-de-sac droit, on trouve une masse volumineuse, grosse comme une mandarine, arroïdie, déprimant le cul-de-sac correspondant ; à gauche, la trompe est également prise, mais la tumeur est moins volumineuse qu'à droite.

6 avril 1898. Laparotomie. Double salpingo-ovaire, suppurée des deux côtés avec beaucoup d'adhérences. Hystérectomie abdominale totale. Drainage par le vagin et par l'abdomen.

Guérison.

Observation 7

M. Legueu

Salpingite double suppurée. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison

Victorine M..., 22 ans, entrée le 18 avril 1898 à Broca.

Accouchement en 1896.

Depuis 1898, douleurs dans le ventre au moment des règles ; règles plus abondantes.

Au palper : annexite double ; à gauche, fluctuante et suppurée ; à droite, scléreuse et ferme.

18 avril 1898. Laparotomie. des adhérences multiples intestinales et épiploïques comblent le pelvis ; dissociation difficile : suppuration bilatérale, conservation impossible. Hystérectomie abdominale totale. Drainage vagino-abdominal à la gaze.

Les premiers jours, menaces de septicémie.

Guérison.

Revue le 25 novembre 1898. Etat général bon. Plus jamais de douleurs. Cicatrice vaginale souple et indolore. Bonne cicatrice abdominale ; à signaler seulement dans cette cicatrice, le développement d'une chéloïde brune de un centimètre de largeur sur quatre ou cinq de longueur.

Observation 8

M. Legueu

Petit fibrome et suppuration pelvienne. Rétrécissement du rectum. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison.

Femme de 41 ans. entrée le 24 août 1896 à Broca. Depuis janvier 1896, douleurs pelviennes, on la croit enceinte.

Au toucher : Fibrome remontant à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Les 2 culs-de-sac sont comblés par des masses fermes et dures au milieu desquelles l'utérus est immobile.

En outre, à quelques centimètres au-dessus de l'anus, il y a un rétrécissement annulaire laissant à peine passer le doigt.

24 août 1896. — Hystérectomie abdominale totale. L'utérus est enlevé d'abord ; puis ablation ultérieure des annexes des deux côtés très difficiles à décortiquer. Drainage abdominal et vaginal.

Guérison avec persistance pendant quelque temps d'une fistule stercorale abdominale.

Observation 9

M. Legueu

Fistule abdominale consécutive à la marsupialisation d'un kyste. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.

Femme, 40 ans, entrée à Broca en janvier 1898.

En juin 1897, a été opérée par M. Picqué pour un kyste ovarique suppuré qui fut marsupialisé. A la suite de cette opération elle a gardé une fistule.

Laparotomie le 11 janvier 1898. Le petit bassin est cloisonné par des adhérences au premier abord inextricables. Après avoir enlevé l'épiploon, on reconnaît à droite une salpingo-ovarite suppurée, au centre un utérus bourré de petits fibromes et ayant le volume du poing, à gauche enfin, une poche épaisse qui adhère à la fistule ou du moins la constitue. Hystérectomie abdominale totale. La poche du côté gauche ne peut être énucléée, il faut l'inciser fragments par fragments.

Drainage abdominal et vaginal.

Guérison.

Observation 10

M. Legueu

Oophoro-salpingectomie double. Eventration. Métrite
Hystérectomie abdominale complémentaire. Guérison.

Femme B. . Marie, opérée en 1892, pour oophoro-salpingite double chronique. La malade continue à avoir ses règles. Elles sont irrégulières mais abondantes. Depuis 2 ans, leucorrhée continuelle et douleurs abdominales, plus violentes avant la menstruation.

La cicatrice abdominale a cédé et une éventration s'est produite.

L'utérus est volumineux et douloureux, le col gros dénote une lésion chronique de l'organe.

Le 22 septembre 1898, l'intervention est faite par la voie haute, allant du même coup enlever l'utérus et réparer la paroi abdominale.

Hystérectomie totale. Adhérences au niveau du pédicule gauche. L'utérus n'est nullement atrophié.

Guérison après menaces d'infection.

Observation 11

M. Legueu

Fibromes et suppuration. Hystérectomie abdominale supra-vaginale. Guérison

Femme B..., 43 ans, couturière.

Cinq grossesses ; les deux premières terminées à 4 mois, les 2 suivantes à 7 et la dernière à terme. Toutes sauf la dernière ont des suites longues et difficiles. Depuis 8 mois, la malade a maigri d'une façon sensible. Anorexie pour tous les aliments.

Le 18 août 1898, quatre jours après la cessation des règles, douleurs violentes subitement dans tout le ventre et les reins. Continues pendant 4 jours, ces douleurs cessent pour revenir par crises. A deux reprises pertes de sang abondantes. Enfin tout disparaît dans les premiers jours de septembre.

Examen : utérus fibromateux, fibromes multiples. grosse annexité gauche.

Laparotomie le 14 septembre 1898. utérus bourré de fibromes, suppuration des annexes, hystérectomie partielle. On laisse le col. Pendant l'opération une collection purulente est ouverte à gauche. Drainage.

Suites simples, guérison.

Observation 12

M. Hartman, (in thèse Audiau)

Annexite double suppurée. — Castration abdominale totale. — Guérison

Gabrielle B..., 21 ans, entrée à Bichat le 8 novembre 1896.

En avril 1896, métrorrhagie après retard de 15 jours. Le 17 août, fausse-couche de 2 mois 1/2 à 3 mois. Après laquelle, poussée aigüe du côté des annexes.

Au toucher : mobilité utérine amoindrie ; dans le cul-de-sac droit, masse ferme, peu douloureuse, collée contre le bord de l'utérus qu'elle contourne pour se laisser explorer facilement par le cul-de-sac postérieur ; à gauche, le cul-de-sac est souple et vide, ce n'est que très profondément qu'on arrive à reconnaître les annexes décelées plutôt par la douleur que provoque l'examen que par une sensation directe du doigt explorateur.

Cœliotomie le 9 novembre 1896. Salpingite double suppurée. Castration abdominale totale. On laisse le vagin ouvert sans faire de suture ; une mèche de gaze assure le drainage.

Guérison.

Revue le 18 juin 1897, état général excellent, un peu d'embonpoint, depuis l'opération. La malade

n'a jamais ressenti aucune douleur dans le ventre. Pas de leucorrhée. Bouffées de chaleur peu fréquentes sans rapport avec les époques menstruelles. Les sensations génitales sont parfaitement conservées.

Observation 13

M. Hartmann (in thèse Audiau)

Annexite double suppurée. — Castration abdominale totale. — Guérison

Marie G..., 29 ans, entrée à Bichat le 15 décembre 1896.

Accouchement à 26 ans, à la suite duquel les règles sont irrégulières (tous les 15 jours) pendant 6 mois. Douleurs dans les reins provoquées surtout par la miction et la défécation. Pertes jaunâtres.

Au toucher : légère antéversion de l'utérus. Dans le cul-de-sac droit, on sent les annexes un peu augmentés de volume, mobiles, légèrement douloureux ; dans le cul-de-sac postérieur, grosseur un peu plus volumineuse, beaucoup plus douloureuse à la pression, paraît constituée par les annexes gauches.

Cœliotomie le 26 décembre 1897. Salpingite double suppurée. Du pus s'écoule pendant la libération des annexes droites. Castration abdominale totale. Suture incomplète du vagin avec mèche de gaze. Guérison.

Observation 14

M. Hartmann (in thèse Audiau)

Annexite double suppurée. — Castration abdominale totale. — Guérison

Adèle B. , 26 ans, entrée à Bichat le 6 janvier 1897.

Fausse couche de 3 mois il y 8 ans.

Début brusque par douleurs qui précèdent de deux jours les règles de novembre 1896. La malade prend le lit ; règles très irrégulières avec ballonnement du ventre.

Examen : col irrégulier, déchiqueté, à orifice admettant l'extrémité du doigt, regardant en bas et en arrière. Le corps utérin semble en anteflexion et est impossible à dissocier d'une masse un peu bosselée, dure, doublant la partie antéro-latérale gauche du vagin, se retrouvant par le palper abdominal jusque dans la fosse iliaque gauche où elle s'arrête au niveau correspondant à deux doigts au-dessous de l'ombilic. Les mouvements imprimés au col se transmettent à ce qui paraît constituer le corps utérin, lequel se trouvait dévié à droite par la tumeur gauche. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent plusieurs bosselures dures qui y semblent fixées.

Cœliotomie le 11 janvier 1897. A gauche, trompe suppurée, ovaire énorme, quatre cents grammes de

pus dans une grande poche présentant des géodes à sa périphérie. A droite, trompe suppurée, ovaire kystique. Le muscle utérin contient plusieurs petits fibromes. Adhérences multiples. Castration abdominale totale. Drain et mèche abdominale.

Guérison.

Observation 15

M. Hartmann (in thèse Audiau)

Annexite double suppurée. — Castration abdominale totale. — Guérison

Aline Ch..., 33 ans, entrée à Bichat le 16 janvier 1897.

A toujours souffert au moment de ses règles ; poussée aiguë pour laquelle elle entre à Lariboisière du 2 juin au 16 juillet 1896.

Au commencement de janvier 1897, pertes jaunes, sensation de cuisson dans le vagin. Les douleurs abdominales augmentent. La malade s'alite. Frissons, sueurs, pas d'appétit.

Examen : utérus petit, mobile. Ecoulement vitreux, un peu louche, contenant des gonocoques. En arrière et à droite, dans l'excavation, tuméfaction un peu inégale, dure, fixe et douloureuse, s'étendant depuis le col utérin jusqu'à la paroi pelvienne. A gauche, les annexes forment une tumeur petite, bosselée, fixe au fond de l'excavation.

Cœliotomie le 20 janvier 1897. Les deux trompes sont suppurées, adhérences à droite, rupture d'une poche de pus. Castration abdominale totale. Mèche vaginale, drain abdominal.

Guérison.

Revue le 28 juin 1897. Bonne cicatrice. Aucune douleur au palper abdominal. Vaginite purulente (qui existait avant l'opération, et n'a jamais disparu complètement). Au toucher, le fond du vagin est légèrement douloureux (mais la malade n'a pas eu de rapports sexuels).

Depuis le 1^{er} mars, elle travaille de 7 heures du matin à 8 heures du soir sans fatigue. N'a jamais été aussi vigoureuse. Bon appétit. Digère bien. N'a pas engraisé. Bouffées de chaleurs fréquentes.

Observation 16

M. Hartmann (in thèse Audiau)

Annexite double suppurée. — Castration abdominale totale. — Guérison.

Marie J..., 24 ans, entrée à Bichat le 29 janvier 1897.

En janvier 1896, fausse couche de 6 semaines ; pendant 15 jours, douleurs abdominales violentes ; pertes rouges à peu près constantes jusqu'en octobre où un curettage vient y mettre fin.

Pertes jaunes striées de sang. Règles abondantes.

Douleurs à gauche accusées par la station debout et intolérables pendant la défécation.

Examen le 6 février 1897. Utérus immobile dans le sens transversal. En arrière et à droite, tuméfaction assez mal limitée, fixe, indolente, fixée dans l'excavation. A gauche, tuméfaction beaucoup plus considérable, arrivant au contact de l'utérus, encadrant en forme de croissant toute la partie gauche du col, se prolongeant en arrière jusque dans le cul-de-sac postérieur, s'étendant latéralement jusqu'aux parties latérales de l'excavation pelvienne. Cette tumeur dure, un peu inégale, se retrouve au palper abdominal, s'étendant en haut jusqu'à deux doigts au-dessous de l'ombilic, à gauche jusqu'à la partie interne de la fosse iliaque. Elle est à peu près fixe.

Cœliotomie le 17 février 1897. Adhérences multiples intestinales et épiploïques. Nombreuses poches de pus, rupture d'un foyer suppuré. Castration abdominale totale. Drain et gaze.

Suppuration par le drain et broncho-pneumonie. Guérison.

Revue le 20 juin. — Ni éventration, ni fistule, Absolument guérie.

Observation 17

M. Hartmann. (in thèse Audiau).

Annexite double suppurée. — Castration abdominale totale. — Guérison

Céline R..., 27 ans, mariée à 15 ans, a 4 enfants

à 16, 18, 20 et 22 ans. Depuis le 2^e accouchement, pertes jaunes et vertes, pas de douleurs.

A 24 ans, douleur sourde dans l'aîne gauche, avec irradiation dans la cuisse. Cette douleur oblige de temps en temps la malade à s'aliter, parfois pendant trois semaines. Cette douleur augmente les années suivantes et envahit l'aîne droite. En 1897, la malade presque toujours au lit, peut à peine se tenir debout.

Examen le 12 avril 1897. Dans le cul-de-sac postérieur, refoulant la paroi postérieure du vagin en avant et rejoignant le col par un sillon étroit, on trouve une masse arrondie, dépressible, que l'on retrouve par le palper dans l'excavation et à droite. On ne peut sentir les annexes gauches qui sont probablement confondues avec le fond de l'utérus lui-même dévié à gauche.

Cœliotomie le 13 avril. — Nombreuses adhérences lamelleuses. Deux grosses trompes suppurées. Rupture d'un foyer. Castration abdominale totale. Suture du péritoine. Drain abdominal. Mèche vaginale.

Suites extrêmement simples. Guérison.

Observation 18

M. Hartmann. (in thèse Audiau).

Annexite double suppurée. — Castration abdominale totale. Guérison.

Colombe Ch..., 22 ans, entrée à Bichat le 9 avril 1897.

A toujours eu des pertes blanches. A commencé à souffrir du ventre du côté gauche il y a deux ans, perd abondamment en blanc et expulse souvent de grandes fausses-membranes. Il y a trois mois, sans cause appréciable, douleur subite dans le côté droit, qui depuis cette époque va en augmentant.

Examen : Col régulier, porté en masse en avant, en arrière du col, séparée de lui par un sillon; dans le cul-de-sac postérieur on trouve une tumeur arrondie probablement continuée par le corps de l'utérus rétrofléchi. A droite de celui-ci, dans l'excavation, tumeur du volume d'une grosse noix, fixe, extrêmement douloureuse à la moindre pression. Les annexes gauches forment une masse plus diffuse qui s'étend en arrière et à gauche en se confondant avec le reste de l'utérus.

Cœliotomie le 15 avril 1897. Les deux trompes et l'ovaire droit sont suppurés ; l'ovaire gauche ne semble pas l'être. Castration abdominale totale. Réunion sans drainage.

Suites simples.

Observation 19

M. Hartmann. (in thèse Audiau).

Annexite double suppurée.— Castration abdominale totale. — Guérison.

Ernestine A..., 23 ans, a une fille de 6 mois, pas de fausse-couche, pas de pertes.

Le 24 mai 1897, vives douleurs abdominales, un peu de fièvre, vomissements bilieux, jaunâtres. Après trois jours d'état aigu les douleurs diminuent, mais la malade ne peut encore ni marcher, ni se tenir debout.

Depuis 15 jours, elle ne souffre plus étant couchée, sauf quelques élancements ; mais dès qu'elle se lève, douleur fixe à droite, comme un poids.

Examen le 20 juin 1896. — Dans le cul-de-sac latéral droit, masse ovoïde de la grosseur d'un petit œuf, un peu douloureuse, régulière, molle, séparée du col par un sillon long et peu profond. Les autres culs-de-sac sont souples. Au palper abdominal, à droite, un peu au-dessus du pubis, petite masse douloureuse ; à gauche, douleur moindre à la pression profonde.

Cœliotomie le 24 juin. — Les annexes sont suppurées. Rupture d'un foyer à droite pendant la libération. Castration abdominale totale. Drain abdominal. Vagin laissé entrouvert.

La température au-dessus de 38 pendant 4 jours redevient normale le cinquième jour.

Guérison.

2^e SÉRIE

Observation 20

M. Legueu

Hystérectomie vaginale incomplète. — Laparotomie
secondaire

M^{me} C... 31 ans, excessivement nerveuse, réglée
à 15 ans toujours irrégulièrement.

Elle a toujours eu des douleurs vagues dans le
ventre.

Au commencement de juillet 1896, elle est prise
pendant un voyage aux environs de Paris, de douleurs
abdominales soudaines excessivement violentes (on
trouve la malade étendue à terre dans sa chambre).
Après quelques jours de repos au lit, avec glace sur
le ventre, on l'amène à Broca, le 12 juillet 1896.

On diagnostique : suppuration pelvienne ancien-
ne. Tout le pelvis est rempli de poches de pus qui
remontent assez haut.

Hystérectomie vaginale (par M. Legueu). L'utérus
est amené avec une partie des annexes ; mais plusieurs
poches trop haut situées ne peuvent être extirpées.
Elles sont ouvertes et drainées.

La malade sort guérie avec une petite fistule au
fond du vagin.

Trois mois plus tard se fait subitement une fis-

tule recto-vaginale. La malade recommence à souffrir.

Elle entre le 12 janvier dans le service de M. Gallet (à Bruxelles). On répare sa fistule stercorale et le 9 avril on lui fait une laparotomie pour extirper les poches laissées en 1896 qui se sont reformées et qui occasionnent les douleurs actuelles.

La malade sort guérie.

Revue le 12 décembre 1898. Le pelvis est en parfait état. La malade ne ressent plus aucune douleur, elle n'a plus eu jamais de pertes. Le vagin et sa cicatrice sont indolents. Seulement la cicatrice abdominale est le siège d'une large éventration qui va nécessiter une nouvelle intervention.

Observation 21

M. Segond (in thèse Baudron)

Périméto-salpingite suppurée.— Pyo-salpinx double

Opération de Péan incomplète.

Hémato-salpinx droit secondaire.

Laparotomie. Guérison.

Observation 22

M. Reynier (Bull. de la Soc. de chir. 1897, p. 524)

Il s'agissait d'une femme qui depuis de longues

années avait des poussées de pelvi-péritonite provoquées par des lésions annexielles. A plusieurs reprises elle avait perdu du pus par le rectum. L'utérus était immobilisé entre deux masses inflammatoires volumineuses.

Je fis d'abord une hystérectomie vaginale. L'ablation de l'utérus fut très difficile et se fit par morcellement. Du pus s'écoule pendant cette ablation. Mais, l'utérus enlevé, il me fut impossible de reconnaître et par suite d'enlever les annexes malades. Je dus fatalement les laisser. La malade guérit de cette première intervention, son état général se remit. Elle continua toujours à souffrir. Huit mois après son opération, elle revenait me demander d'intervenir à nouveau. Dans le cul-de-sac droit, elle présentait une masse grosse comme une orange, dure, très adhérente.

Je lui fis la laparotomie. Très péniblement alors je pus enlever deux gros ovaires polykystiques, très adhérents de partout et contenant encore des cavités remplies de pus.

La malade à l'heure actuelle est complètement guérie.

Observations 23, 24 et 25

M. Reynier (Bull. et mém. de la Soc. de chir., 1898, p. 721)

... Trois (colpotomisées) ont subi l'hystérectomie vaginale suivie de la laparotomie qui a fini par amener la guérison qu'avec les deux premières opérations,

l'incision du cul-de-sac et l'hystérectomie vaginale je n'avais pu obtenir.

Observation 26

Delagenière (Bull. de la Soc. de chir., 1894, p. 157)

Dans un cas, je n'ai pu atteindre une poche purulente située très haut et j'ai dû secondairement laparotomiser ma malade.

Observations 27 et 28

M. Quénu (Bull. de la Soc. de chir., 1894, p. 163)

I. — Chez une malade dont je n'avais pu atteindre les annexes malades, j'ai dû peu après pratiquer la laparotomie.

II. — Chez une autre à laquelle un de mes collègues avait, pendant les vacances, pratiqué l'hystérectomie vaginale, j'ai dû aussi plus tard procéder à l'ablation unilatérale d'annexes, qui, à cause de leur situation élevée, n'avaient pu être atteintes, et qui étaient pourtant peu adhérentes.

Observation 29

M. Routier (in thèse Lafourcade)

Pyo-salpinx. — Hystérectomie vaginale partielle.

Laparotomie secondaire. — Mort.

Léontine P. ., 26 ans. Il y a cinq ans métror-

rhagie. 5 mois après pelvi-péritonite. Depuis ce moment, douleurs abdominales constantes, plus fortes au moment des règles. En juillet 1890, nouvelle poussée de pelvi-péritonite avec abcès s'ouvrant dans le rectum. Depuis lors, elle perd du pus par le rectum de temps en temps.

Examen : Palpation ; tout le petit bassin est plein ; à gauche on sent un fibrome. Utérus enclavé entre deux grosses masses rénitentes plus accusées à gauche où elles passent en arrière de l'utérus, proéminent dans la concavité du sacrum.

16 mai 1891. Hystérectomie vaginale partielle. Utérus haut, ne descendant pas. Vulve étroite. Morcellement du col. Puis tout déchire. Impossibilité.

29 mai. Matières passant par le vagin.

30 juin. La malade quitte l'hôpital avec quelques douleurs.

Septembre 91. Revue en bon état. Ne perd rien. A eu ses règles.

20 septembre 92. Laparotomie parce que depuis 6 mois nouvelles poussées comme les antérieures. Magma. Adhérences intestinales.

Mort deux heures après l'opération.

Observation 30

M. Richelot (in thèse Lafourcade)

Pyo-salpinx énorme. — Hystérectomie vaginale et laparotomie. — Mort.

R..., 34 ans. Les premières douleurs remontent

à 20 ans (enfant) et leucorrhée. Depuis deux mois, douleurs très fortes. Température pyohémique depuis 6 semaines.

Examen : Utérus peu mobile. Col en avant. Tumeur fluctuante in Douglas. A droite, dureté faisant penser à salpingite droite ; grosse poche fluctuante occupe l'abdomen (salpingite gauche) jusqu'au-dessus de l'ombilic. semblant communiquer avec poche du Douglas.

Purulence. Douleurs. 40° tous les soirs depuis deux mois. Type d'hystérectomie vaginale pour grande suppuration pelvienne.

30 avril 1891. Hystérectomie vaginale. Morcellement. Marche très régulièrement. Trompe gauche assez grosse, mais peu adhérente, vient avec l'utérus, y compris lambeaux d'ovaire. A droite, une pince longuette est placée sur la corne. L'utérus étant enlevé, rien à gauche ; au milieu, loin, au fond, magma intestino-épiploïque. A droite apparaît face postérieure du ligament large, et cependant la grosse tumeur abdominale persiste et rien ne vient par en bas indiquer sa présence. En face du danger extrême qu'il y aurait à ouvrir une poche, au jugé, libre dans le péritoine ouvert et donnant 40° depuis deux mois, M. Richelot a immédiatement recours à la laparotomie qui est terminée en une demi-heure. Pus horriblement fétide ; grosse poche tubaire droite adhérente à épiploon et intestin. Extraction assez facile de la poche mince et faible. Pédicule amené à la corne utérine gauche et saisi dans la pince. Section au ras de la corne. Résection de l'épiploon sali pendant

l'opération. Epongeage. Pas de lavage. Suture et pansement.

Remise dans son lit avec faible pouls. A peu près perdue. Ablation des pinces le 2 mai.

Mort le 2 mai au soir.

Autopsie ne montre rien d'anormal. Choc.

La laparotomie aurait réussi.

Observation 34

M. Richelot (in thèse Lafourcade)

Pyo-salpinx. — Hystérectomie vaginale. — Guérison.

Laparotomie. — Mort.

M^{me} W..., 36 ans. Dans le courant d'avril, phénomènes d'obstruction intestinale. Comme antécédents : mariée il y a 15 ans, début 8 mois après par une grande poussée douloureuse. Il y a 6 ans, nouvelle poussée. Dans les intervalles quelques à-coup. Femme chétive, très nerveuse.

A Lille, on a cru à fibrome.

Utérus fixe, enclavé, masses partout sans distinction possible, remplissant les culs-de-sac droit et gauche durs et sensibles. Il y a masses anciennes, plus une poussée congestive qui fait que la masse gauche s'assied sur le rectum.

Comme indication : déboucher et opérer plus tard. Phénomènes d'occlusion cèdent à canule rectale avec lavement d'eau-de-seltz. Injections très chaudes sont ordonnées. Diminution des masses qui persistent

et sont douloureuses. Opération réclamée. Avant d'opérer, examen montre : utérus très enclavé, col en arrière et à gauche. A droite, tumeur dure, fibreuse. Cul-de-sac gauche, masse dure. Au-dessus du pubis masse douloureuse qui ne paraît pas se continuer à droite. Diagnostic : fibrome et pyo-salpinx gauche.

17 mai 1891. Hystérectomie vaginale. Utérus descend très difficilement. Dégagement difficile. Pinces de l'utérine mises en place. Section en deux valves et ablation du segment inférieur. Morcellement lent et pénible. Corps utérin vient peu à peu de la droite. Le fond étant libéré, tout l'utérus (sauf un petit morceau, vient avec la corne. Trompe et ovaire droits ne paraissent pas adhérents. Pince languette placée sur la corne gauche. Rien ne vient de la gauche. L'exploration montre qu'il reste une grosse masse dure, fibreuse, occupant le fond de la loge utérine, montant au-dessus du pubis et se continuant dans la fosse iliaque gauche. Pense à un fibrome sous-péritonéal inclus du ligament large gauche, absolument fixe, non abaissable, non saisissable, ou bien n'est-ce pas un gros plastron intestino-tubaire cachant un pyo-salpinx.

Suites simples. Que va devenir la masse ?

Laparotomie secondaire 4 mois après. La malade s'était très bien remise de l'hystérectomie vaginale. Les accidents n'avaient recommencé que depuis un mois. Enorme pyo-salpinx horriblement fétide.

Mort.

Observation 32

M. Nélaton (in thèse Lafourcade)

Pyo-salpinx. Hystérectomie vaginale. Laparotomie.
Mort

Valentine N... 28 ans.

Examen : utérus repoussé à droite par tumeur gauche (volume d'une tête d'enfant) qui est probablement pyo-salpinx récent, fébrile. A droite trompe dilatée.

10 Septembre 1892. Hystérectomie vaginale. Purulence gauche. Poche salpingienne séreuse droite.

17 Octobre. Incision d'un cul-de-sac vaginal, poche purulente.

27 Novembre. Laparotomie, drainage abdomino-vaginal, fistule stercorale.

Mort.

Observation 33

M. Marchand (in thèse Claret)

Hystérectomie vaginale. Laparotomie secondaire.
Guérison

Ch. J... 33 ans, modiste.

Périnéorrhaphie à Cochon, en 1886. Curettage en 1889.

A partir de ce moment, à plusieurs reprises, ouverture d'abcès pelviens dans le rectum.

A son entrée à l'hôpital, la malade perd du pus en allant à la selle.

Utérus immobile. Semble fixé par des adhérences. Diagnostic : suppuration pelvienne.

23 Juin 1893. Hystérectomie vaginale. L'utérus peu abaissable rend l'opération difficile. Pas de pus.

7 Juillet. Emission de pus par le rectum. Douleurs dans les reins.

18 Juillet. Plus de pus. Au toucher, à gauche petite tuméfaction douloureuse.

26 Juillet. Encore du pus par le rectum.

La malade revient le 4 juin 1894. Douleurs ont persisté dans les deux fosses iliaques et l'hypogastre. Depuis 2 ou 3 mois les douleurs sont plus vives surtout accusées à droite avec sensations continuelles de pesanteur.

Palpation. Douleurs très vives dans les fosses iliaques, noyaux indurés, plus gros à gauche.

Toucher. Cicatrice étoilée douloureuse surtout à gauche.

8 Juin. Laparotomie. A gauche : hémato-salpinx du volume d'un œuf de poule ; se rompt et s'enlève facilement. Ovaire adhérent polykystique du volume d'un œuf de pigeon. Rien à droite.

Suites simples.

Observation 34

M. Marchand (in thèse Claret)

Hystérectomie vaginale. Laparotomie secondaire.

Guérison

35 ans, polisseuse sur or.

Hystérectomie vaginale en 1892, par Péan, à Saint-Louis, pour fibrome utérin.

La guérison semble parfaite, un an après les douleurs reviennent.

Examen : culs-de-sac antérieur et postérieur libres. Cul-de-sac droit, grosseur transversale s'étendant de la paroi pelvienne à la ligne médiane, résistante, presque indolore. Cul-de-sac gauche, masse dure, grosse comme un œuf de pigeon, douloureuse, accolée à la paroi pelvienne.

13 Juin 1895. Laparotomie. Ovariectomie et salpingectomie gauches.

Suites simples.

Observation 33

M. Richelot (in thèse Pauchet)

Laparotomie pour pyo-salpinx après tentatives d'Hystérectomie vaginale. Guérison

M^{lle} Marie R..., 35 ans, ménagère. Accouchement il y a 4 mois. Fièvre. Malade depuis 2 mois et 1/2. Douleurs dans la jambe droite. Dans la fosse iliaque droite, tumeur régulière ; douloureuse, paraissant grosse comme un œuf. Au toucher, utérus en rétroversion immobile. Annexes gauches saines. A droite, masse comme le poing dure, douloureuse, empiétant sur le cul-de-sac postérieur.

4 Février 1896. Essai d'hystérectomie vaginale.

L'opération s'arrête après l'ablation du segment inférieur, à cause de la fixité, de l'élévation et de la friabilité de l'utérus.

15 Février 1896. Laparotomie. A droite, grosse trompe parenchymateuse, gros ovaire scléro-kystique; ces annexes laissent écouler la valeur d'un dé à coudre de pus inclus dans le ligament large. Mêmes lésions à gauche, mais pas de pus. Attouchement à l'eau phéniquée, gaze et drain dans le foyer qui reste à droite de l'utérus en arrière.

La malade guérit.

Observation 36

M. Richelot. (in thèse Pauchet).

Laparotomie secondaire à une hystérectomie vaginale. Guérison.

M^{me} Alexandrine G..., 26 ans, modiste.

Hystérectomie en 1892, par Péan. On lui a laissé, paraît-il, les annexes gauches. La malade, continue, en effet, à souffrir à gauche.

1^{er} août 1894. — Laparotomie. Ablation d'un gros ovaire gauche polykystique, adhérent, pédiculisé sur un tissu vague résidu du ligament large.

Revue en 1896, va bien. Bouffées de chaleur. Troubles dyspeptiques.

Observation 37

M. Richelot. (in thèse Noël).

Hystérectomie vaginale et laparotomie

Hystérectomie vaginale totale, le 26 avril 1893.

Laparotomie le 16 juillet 1896. Adhérences de l'S iliaque et du rectum à la cicatrice. Kyste séreux du volume d'une orange dans le ligament large gauche.

Suites simples.

Observation 38

M. Richelot. (in thèse Noël),

Hystérectomie vaginale et laparotomie.

27 octobre 1891. Hystérectomie vaginale sans annexes.

6 avril 1897. Laparotomie. Kyste séreux du ligament large gauche.

Suites simples.

Observation 39

M. Richelot. (in thèse Noël).

Hystérectomie vaginale et Laparotomie

30 octobre 1894. Hystérectomie vaginale totale.

Février 1897. Laparotomie. Kyste séreux du ligament large gauche.

Observation 40

M. Segond. (in thèse Baudron).

Hystérectomie vaginale et laparotomie.

14 janvier 1891. Hystérectomie vaginale.

8 mars 1893. Laparotomie. Kyste séreux du ligament droit.

Suites simples.

Observation 41

M. Segond. (in thèse Baudron).

Laparotomie. Hystérectomie vaginale. 3 nouvelles
laparotomies

Laparotomie par M. Tuffier en mai 1890. Ablation d'annexes gauches, fistule.

23 novembre 1891. Hystérectomie vaginale.

Puis successivement 3 laparotomies consécutives pour adhérences douloureuses. Dans la dernière, ablation d'un kyste séreux du ligament large droit.
Suites simples.

Observation 42

M. Segond. (in thèse Baudron).

Pyo-salpinx gauche. Salpingite parenchymateuse et ovaire polykystique à droite

Opération de Péan, 9 août 1890.

Le 3 septembre, poche purulente qui s'ouvre spontanément dans le vagin.

Le 19 mars 1893. — Ablation par le vagin d'un petit kyste séreux qui s'est formé sur la cicatrice.

Observation 43

M. Beaussenat. (in thèse Claret).

Hystérectomie vaginale. Tumeur annexielle gauche persistante.

M^{me} K..., 25 ans.

Blennorrhagie vaginale et utérine en 1890. En 1891, un chirurgien porte le diagnostic de salpingite gauche probablement suppurée et de salpingite catarrhale droite.

Hystérectomie vaginale, juillet 1895. Utérus, trompe et ovaire droits sont facilement amenés au dehors et complètement enlevés. Mais la trompe gauche adhère la fosse iliaque, son extirpation est impossible.

Suites parfaites tout le temps de la convalescence, mais dès la reprise du travail, douleurs dans la région inguinale gauche, provoquées par la fatigue et surtout par le coït. Seul le repos absolu les calme.

Depuis 1891, l'état n'a pas changé ; seule l'acuité des douleurs a été un peu diminuée par l'opération.

A l'examen, on trouve dans le cul-de-sac gauche, à bout de doigt, une tumeur grosse comme un œuf, très dure, très irrégulière, où il est impossible de différencier l'ovaire de la trompe. Elle adhère fortement à la fosse iliaque et probablement à l'S iliaque.

Observation 44

Delagenière (Bull. de la Soc. de Chir., 1894, p. 157)

Au cours d'une hystérectomie vaginale, il me fut impossible de reconnaître les annexes dans le magma inextricable trouvé derrière l'utérus enlevé. La malade fut soulagée pendant quelque temps, mais finit par mourir de fièvre hectique au bout de plusieurs mois.

Observation 45

M. Richelot (in thèse Lafourcade)

Pyo-salpinx. — Hystérectomie vaginale incomplète
Mort

M^{me} A..., 40 ans. Pas d'enfant. Depuis un mois, fièvre intense et douleurs extrêmes. Entre avec un
Masson 7

état fébrile. Sensibilité extrême, 40° le soir. Temporalisation. Mais état général devient mauvais.

Examen : immobilisation de l'utérus. Grosse tuméfaction à droite.

4 juillet 1891. Hystérectomie vaginale. Morcellement. Le fond reste seul quand pince à traction dérape. Le fond de l'utérus remonte très haut et disparaît. Il faut aller le reprendre au jugé. Mais il est très difficile de l'abaisser. L'index explore les annexes, quand tout à coup quelque chose cède et énorme écoulement de pus. Pus fétide. Grosse poche droite lavée. L'opération paraît suffisante. Le fond de l'utérus est laissé en place, mais le grand trou pelvien suffira (Durée totale, 1 heure).

Température bonne depuis l'opération. Drainage est continué, mais sans aucun accident local. Etat général mauvais. Mort le 18 (14 jours après l'opération).

Autopsie : Tout va bien à droite ; mais à gauche, une collection au dessus de l'utérus, collection non tubaire (pelvi-péritonite) limitée par les anses intestinales et les annexes gauches malades sans poche.

Observation 46

(in thèse Claret)

Hystérectomie vaginale. — Petite tumeur au niveau des annexes droites

Marie C..., 45 ans. Consultation de Broca le 1^{er} mai 1896.

27 décembre 1896. Hystérectomie vaginale pour péricérite suppurée.

Se plaint de douleurs lombaires bilatérales s'irradiant dans les aînes et dans les cuisses, survenues depuis six mois.

Examen : rien au niveau des annexes gauches. A droite, au niveau des annexes, existe une tumeur grosse comme un œuf, assez mobile, douloureuse. C'est vraisemblablement l'ovaire qui est hypertrophié.

Observation 47

Jayle (in thèse Claret)

Hystérectomie vaginale. — Tumeur annexielle double persistante

X..., 38 ans. Hystérectomie vaginale, avril 1893, à Saint-Louis.

4 juillet 1896. Amélioration après l'opération, bien que les douleurs n'aient jamais disparu ; elles réaugmentent ; depuis 2 ou 3 mois sont devenues plus vives que jamais. Rapports sexuels impossibles à cause des douleurs qu'ils provoquent.

Examen : palpation iliaque droite douloureuse.

Au toucher, on trouve à 6 ou 7 centimètres, sur la ligne médiane et gagnant à gauche, une saillie arrondie, douloureuse, du volume et de la forme de la grosse extrémité d'un œuf, située directement sous le promontoire, et appuyant sur le rectum. La palpation combinée au toucher ne permet pas d'établir nettement les limites de cette tumeur, mais son

volume total ne doit pas dépasser celui d'un œuf.

Au niveau des annexes droites, on sent par la palpation combinée au toucher, une masse allongée, empâtée, douloureuse, située un peu au dessus et à droite de la tumeur précédente, développée sans doute au niveau des annexes non enlevées et dont le volume est à peu près celui d'un œuf.

Le diagnostic porté est celui de tumeur kystique à gauche et de lésions inflammatoires un peu diffuses à droite, le tout développé aux dépens de segments annexiels non extirpés lors de l'hystérectomie vaginale.

Observation 48

Jayle (in thèse Claret)

Hystérectomie vaginale. — Mort. — Poché suppurée persistante au niveau des annexes de chaque côté

Hystérectomie vaginale le 13 avril, mort le 16 avril.

Péritonite généralisée suppurée, paraissant remonter à plusieurs jours.

Après avoir enlevé toutes les parties molles du bassin, on constate qu'il existe deux poches, au niveau des annexes, qui n'ont pas été ouvertes. Chacune d'elle paraît constituée de deux parties, l'une supérieure transversale, répondant à la trompe, l'autre inférieure coiffée par cette dernière, répondant à l'ovaire. La première offre une longueur de 7 à 8 centimètres et une largeur de 1 centimètre. L'autre est arrondie et présente les dimensions d'une très

grosse noix. L'une et l'autre s'abouchent directement sans qu'il soit possible de retrouver leur point d'union. A la partie inférieure de la poche ovarique se trouve le restant de l'ovaire. Il semble donc qu'il y ait une salpingite suppurée et un ovaire contenant un grand kyste suppuré ouvert directement et à plein canal dans la trompe. Du côté gauche, la poche ovarique et la trompe sont énucléables, mais du côté droit, il est impossible d'en pratiquer la dissection ; en effet, par suite d'une inflammation de voisinage, le tissu cellulaire ambiant est considérablement épaissi et présente un aspect lardacé.

Observation 49

Jayle (in thèse Claret)

Hystérectomie vaginale. Poche suppurée droite non enlevée. Mort deux jours après l'opération

Péritonite à la suite de l'ouverture d'une poche suppurée dans le ventre.

A droite, et probablement aux dépens de l'ovaire est restée une poche du volume d'un œuf, multilocloisonnée, adhérente en dehors à la paroi du bassin, en haut au cœcum dilaté ; en dedans elle est séparée du foyer ouvert par l'épaisseur de sa paroi qui atteint un centimètre environ et est de consistance fibreuse.

A gauche, épaissement fibreux des tissus environnant les annexes, mais pas de foyer purulent.

Observation 50

Terrillon (in thèse Hahusseau)

Hystérectomie vaginale. Tumeur kystique pelvienne
secondaire

25 février 1898. — Castration utérine avec ponction des poches purulentes, suites normales.

24 mars. — 39°2, douleurs au-dessus de l'arcade crurale, masse dure, douloureuse, remontant jusqu'à 3 travers de doigts au-dessous de l'ombilic.

26 mars. — Ponction donnant issue à 300 grammes de liquide citrin.

12 avril. — La malade quitte l'hôpital. Plus de douleurs. La tuméfaction a presque disparu. Néanmoins il persiste encore un empâtement profond surtout bien appréciable par le toucher vaginal combiné au palper abdominal.

Observation 51

M. Segond (in thèse Baudron)

Pyo-salpinx double avec collections purulentes très volumineuses. Opération de Péan. Collections purulentes persistantes. Mort le 15^e jour.

Hystérectomie vaginale le 7 novembre 1890. La malade ayant un embonpoint considérable, le morcellement est des plus laborieux. C'est à peine si les

écarteurs ordinaires de Péan dépassent la portion cervicale de l'utérus. A gauche, on ouvre une collection séro-hématique. Il est impossible d'enlever le fond de l'utérus qui est fixé au milieu de masses friables.

L'autopsie démontre que l'intervention avait été incomplète. Il n'y avait pas de péritonite, mais au-dessus de la calotte utérine, qui n'aurait pas pu être extirpée, il existait deux collections purulentes à contenu très fétide. La perforation rectale très petite étant située très bas dans le vagin. Les deux poumons présentaient les signes classiques d'une broncho-pneumonie infectieuse.

Observation 52

M. Segond (in thèse Baudron)

Abcès pelvien à gauche. Pyo-salpinx droit.

Opération de Péan,

Au bout de 6 semaines, incision sus-inguinale pelvienne gauche.

Phénomènes urémiques.

Mort le 4^e jour.

Observation 53

M. Segond (in thèse Baudron)

Pyo-salpinx double.

Opération de Péan.

Abcès pelvien secondaire ouvert spontanément le 24^e jour.

Guérison.

